Janvier 2013 n° 114

# la Lettre

Pas de reconnaissance pour les certificats de compétence p. 10

DOSSIER Accessibilité p. 24

La victimologie s'émousse-t-elle ? p. 34

# Menace sur la liberté de choix

ONCD ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

# SOMMAIRE

4 L'ÉVÉNEMENT

## Menace sur la liberté de choix

## ACTUALITÉS

7 SÉCURITÉ SOCIALE La loi de financement de la sécurité sociale adoptée

8 MOBILITÉ
La cartographie, une aide à l'installation

10 INFORMATION DU PATIENT
Pas de reconnaissance pour les certificats de compétence

12 RETRAITE
Exercice des retraités : mode d'emploi

13 JURIDICTIONS ORDINALES
Une formation aux juridictions à Amiens

14 DÉMOGRAPHIE La montée en puissance de l'opération Lozère

16 ASSURANCE MALADIE
Nouvelle cotation en radiodiagnostic

17 SOINS HOSPITALIERS
Un service d'odontologie flambant neuf pour la Moselle

18 ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
Dans la peau d'un chirurgien-dentiste

19 CONGRÈS DE L'ADF
Riches échanges entre les praticiens et l'Ordre

20 VIE ORDINALE
Angers reçoit le bureau du Conseil national

21 EUROPE
L'Europe ordinale se réunit à Paris

22 AVIS DE RECHERCHE ONCD/AFIO

23 EN BREF

24 DOSSIER

**ACCESSIBILITÉ**
**Préparer au mieux l'accessibilité des locaux**

## JURIDIQUE

34 RESPONSABILITÉ MÉDICALE
La victimologie s'émousse-t-elle ?

37 SOCIÉTÉ CIVILE PROFESSIONNELLE
Droits des héritiers : associés de SCP, relisez vos statuts !

40 SÉCURITÉ SOCIALE
Pénalités financières : quand vient la phase de paiement

## PORTRAIT

42 JEAN-LOUIS GIOVANNOLI
Outlook

## LA LETTRE EXPRESS

43 CE QU'IL FAUT RETENIR POUR VOTRE EXERCICE


**Plus d'info sur**
*www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr*

Christian Couzinou
*Président*
*du Conseil national*

# Un principe à l'épreuve du réel

La proposition de loi adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale autorisant les mutuelles à constituer des réseaux de soins en passant convention de façon sélective avec les praticiens menace directement la liberté de choix du patient.
Certes, les députés ont inscrit dans leur texte le caractère intangible de cette liberté. Mais personne n'est dupe : chacun comprend ici que, en pratique, ce principe ne résistera pas à l'épreuve des faits.
Cette proposition de loi heurte donc de plein fouet un principe déontologique inscrit dans le Code de la santé publique. C'est la raison pour laquelle l'Ordre ne peut pas ne pas s'alarmer de cette proposition de loi, que l'on peut regarder comme la dénaturation en marche du lien entre un patient et son thérapeute.
On relèvera que, dans cette affaire, la profession paye au prix fort le faible engagement de l'assurance maladie en matière de prise en charge de la santé bucco-dentaire des Français. Outre que ce texte, tel qu'il est rédigé, introduit une discrimination entre professionnels de santé – les stomatologistes, qui pratiquent, comme les chirurgiens-dentistes, des actes prothétiques et d'ODF, ne seraient pas concernés –, on peut donc aussi lire cette proposition de loi comme le basculement officiel de l'équation bucco-dentaire d'une assurance maladie déficiente vers une logique de marché assurantiel.
Ce n'est pas faire injure aux mutuelles de considérer qu'elles sont, même sans actionnaires, même sans versement de dividendes, dans une logique concurrentielle. Avec des conséquences possibles, à terme, en matière de gestion du risque maladie – logique dans laquelle n'est pas l'assurance maladie – et en matière d'approche gestionnaire des soins.

> « On assiste au basculement officiel de l'équation bucco-dentaire d'une assurance maladie déficiente vers une logique de marché assurantiel. »

Pour l'Ordre, ce qui inquiète, c'est que cette remise en cause de la liberté de choix du praticien par les patients est associée au risque de voir menacée l'indépendance professionnelle du praticien.
Cette indépendance consiste à exercer sa liberté thérapeutique – avec la responsabilité médicale pour corollaire – en fonction de chaque cas clinique et des données avérées de la science.
C'est cette liberté qui se trouve aussi menacée avec ce texte.
Si elle devait cesser d'exister, on doute que la bonne santé des patients puisse en sortir gagnante.
*Nous vous souhaitons une bonne et heureuse année 2013.*

MUTUELLES
MUTUELLES

# Menace sur la liberté de choix

**La proposition de loi Le Roux visant à autoriser les mutuelles à créer des réseaux de soins impacte la liberté de choix du patient et amplifie la menace sur l'indépendance professionnelle du praticien.**

Adoptée le 28 novembre dernier en première lecture à l'Assemblée nationale, la proposition de loi présentée par le député Bruno Le Roux vise à autoriser les mutuelles à pratiquer des tarifs différenciés de remboursement au sein de réseaux de soins conventionnés. Contrairement à la proposition de loi initiale, seuls les actes en odontologie et en optique seraient désormais concernés par le texte, les actes médicaux ayant été exclus du dispositif. Les mutuelles seraient donc placées au même niveau que les assureurs privés et les organismes de prévoyance, aujourd'hui seuls aptes à pratiquer des remboursements différenciés. »»»

»» Certes, cette proposition de loi n'est pas adoptée : elle a été transmise au Sénat et le calendrier parlementaire associé à la discussion sur ce texte n'est pas connu aujourd'hui. Pour autant, le Conseil national s'inquiète des conséquences qu'une telle loi aurait, entre autres, en termes de liberté de choix du patient.

En premier lieu, le Conseil national estime que cette logique de réseau accélère et amplifie un mouvement de fond qui impacte déjà notre pratique depuis quelques années dans la relation entre le praticien et le patient. Cette relation, faut-il le rappeler, est fondée sur la liberté de choix du patient et la responsabilité professionnelle du praticien, à laquelle l'indépendance professionnelle est étroitement associée.

### UNE LOGIQUE MERCANTILE DONT L'EFFICACITÉ RESTE À PROUVER

La proposition de loi, largement amendée, garantit certes le *« droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel de santé »*. Mais, au-delà des déclarations de principe, les assurés seront incités, *via* les remboursements différenciés, à consulter les praticiens appartenant à un réseau.

En pratique, le patient sera pénalisé s'il exerce sa liberté de choix. Quant au praticien, il devra répondre à un cahier des charges établi par le réseau dont il sera adhérent. Or, l'un des critères principaux du réseau, c'est une évidence économique, est le prix. Chacun ici connaît le montant minimal de l'investissement qu'il convient de réaliser pour équiper, puis pour maintenir un cabinet dentaire aux normes médicales occidentales. Et chacun mesure exactement le coût permettant de garantir des soins de qualité et la sécurité du patient. Le Conseil national estime que cette extension des réseaux aux mutuelles aura en premier lieu un impact immédiat dans les territoires touchés par la désertification professionnelle. Car les patients, en pratique, ne pourront pas exercer leur liberté de choix. Sur le fond, la dimension exclusivement mercantile de cette extension aux mutuelles des réseaux de soins – réseaux dont l'efficience économique, quoiqu'en disent les mutuelles, reste à démontrer – heurte de plein fouet notre déontologie. Par essence, notre déontologie est universelle et s'applique à tous les praticiens, qu'ils soient salariés ou libéraux, adhérents ou non d'un réseau de soins. Faudra-t-il, mais c'est évidemment une absurdité, imaginer une déontologie (sans parler d'une responsabilité médicale) au rabais, à l'usage des praticiens membres d'un réseau de soins ?

**Faudra-t-il imaginer une déontologie au rabais, à l'usage des praticiens membres d'un réseau de soins ?**

### DISCRIMINATION PROFESSIONNELLE

Pour le Conseil national, la différenciation des niveaux de remboursement impacte mécaniquement la liberté de choix du patient. Et l'on ne peut pas objectivement supposer que tous les actes en dentisterie puissent se pratiquer à des prix bas sans aucune conséquence sur la qualité des soins, dont l'Ordre est le garant. C'est le principe d'égalité aux meilleurs soins pour tous qui est aujourd'hui battu en brèche. Enfin et pour terminer, l'Ordre constate que le texte, tel qu'il a été transmis au Sénat, établit une discrimination entre les professions médicales et de santé puisque seuls les chirurgiens-dentistes et les opticiens seraient désormais concernés. Ainsi, les stomatologistes, qui pratiquent, comme les chirurgiens-dentistes, des actes prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, ne se trouveraient pas concernés par le dispositif prévu pour les réseaux de soins. ■

# La loi de financement de la sécurité sociale adoptée

**La loi de financement de la sécurité sociale 2013 a été validée en… troisième lecture par l'Assemblée nationale et finalement entérinée, à l'exception de quelques dispositions, par le Conseil constitutionnel.**

C'est une rareté dans le circuit parlementaire : par deux fois, le texte a été repoussé par le Sénat et la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) a été adoptée définitivement lundi 3 décembre lors d'un ultime vote à main levée. Une procédure peu courante qui témoigne des difficultés grandissantes dans la gestion du financement du système social. On relèvera également que le Conseil constitutionnel, saisi par les parlementaires de l'opposition, a globalement validé la LFSS, mais rejeté certaines de ses dispositions.

L'extension des contrats d'engagement de service public (CESP) aux étudiants en odontologie est enfin acquise *(lire* La Lettre *n° 113)*. Même si, dans l'immédiat, la mesure apparaît modeste (36 contrats pour la rentrée 2013-2014), ce dispositif est enfin ouvert à nos étudiants. À noter que les internes en odontologie en sont exclus. Plus globalement, la loi prévoit l'augmentation de cinq milliards d'euros des recettes de la sécurité sociale afin de limiter le déficit prévu à un peu plus de 11 milliards d'euros en 2013 contre plus de 13 milliards en 2012. Pour le grand public, deux mesures se détachent : les franchises médicales et les déremboursements de médicaments restent inchangés, alors que les taxes sur le tabac et la bière seront augmentées. Plus près de nous, plusieurs dispositions de cette loi intéressent la profession dentaire au premier rang desquelles, on l'a vu, l'extension des contrats d'engagement de service public (CESP) aux étudiants en chirurgie dentaire. D'autres mesures impacteront directement ou indirectement les praticiens, comme la hausse des cotisations d'assurance maladie des travailleurs indépendants et l'augmentation des ressources du Fonds Couverture médicale universelle (CMU).

**L'extension des contrats d'engagement de service public (CESP) aux étudiants en odontologie est enfin acquise.**

Concernant les cotisations d'assurance maladie des travailleurs indépendants (article 11), la partie du texte dédiée aux ressources de l'assurance maladie prévoit les changements suivants :

- pour les gérants majoritaires des sociétés d'exercice libéral (SEL), la réintégration dans l'assiette des cotisations et contributions sociales de la déduction forfaitaire pour frais professionnels, ainsi que celle des frais, droits et intérêts d'emprunt exposés pour l'acquisition de parts sociales retenues pour l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants ;
- l'introduction dans l'assiette des cotisations sociales des revenus d'activité versés sous forme de dividendes pour les travailleurs indépendants exerçant en société assujettie à l'impôt sur les sociétés (dispositif issu de la LFSS 2009 pour les SEL étendu à toutes les sociétés assujetties à l'IS).

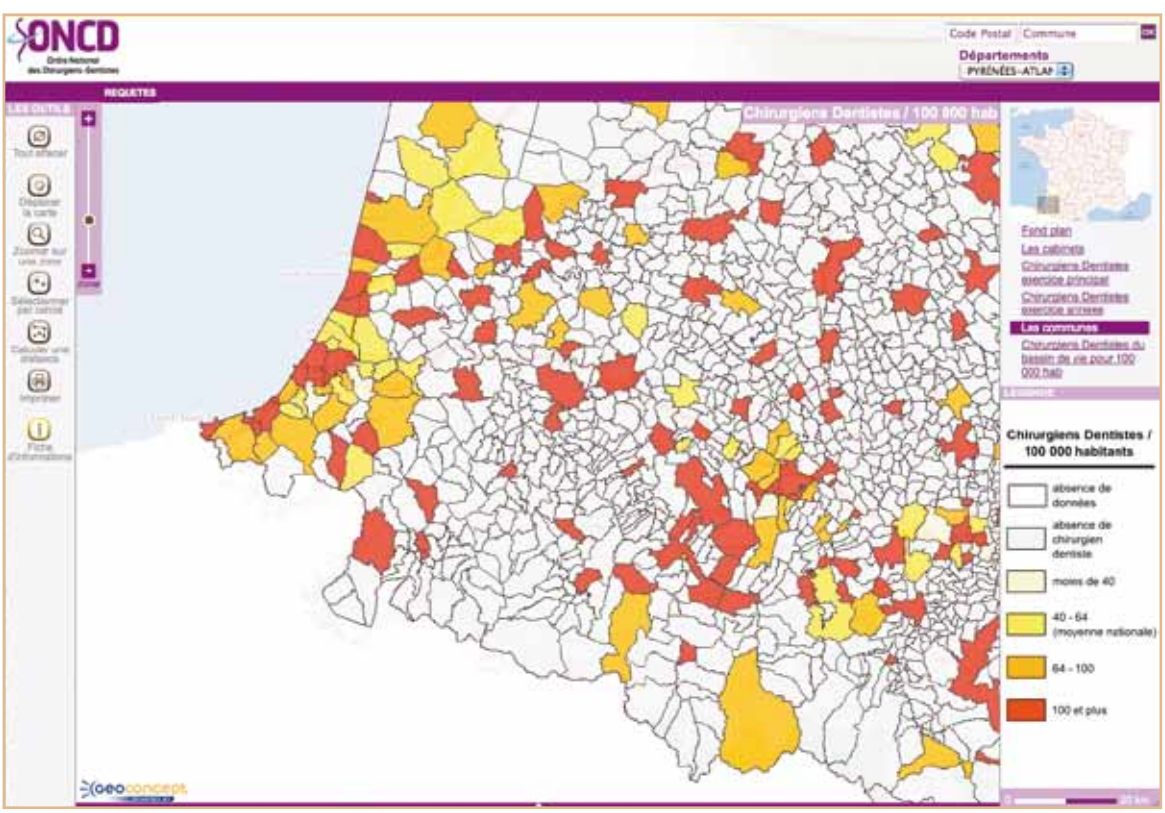
Les ressources du Fonds CMU ne comprendront pas l'affectation du produit des taxes sur les boissons à sucres ajoutés et contenant des édulcorants, mesure à laquelle le Conseil constitutionnel a opposé son veto. Le remboursement aux organismes gestionnaires des dépenses de CMUC a été rationalisé et le forfait de remboursement passe de 370 à 400 euros, puis sera indexé sur l'inflation. ■

# La cartographie, une aide à l'installation

**L'Ordre inaugure un outil de visualisation des données statistiques par cartographie. Elle permet aux jeunes praticiens, ou aux candidats à un rachat, d'accéder au profil démographique de chaque département de France métropolitaine.**

Le Conseil national de l'Ordre a décidé de mettre en place un système de visualisation des données démographiques de la profession sous forme d'une cartographie interactive. Avant tout destiné aux praticiens, ce nouvel outil sera accessible au sein de chaque conseil départemental de l'Ordre. Par ailleurs, une version «*light*» grand public, avec un accès limité aux données pour des raisons de confidentialité, sera bientôt accessible *via* le site Internet de l'Ordre.

Ce système, mis en place par le service informatique de l'Ordre sous l'égide d'Alain Scohy, trésorier du Conseil national, permet de visualiser les données statistiques de la profession en France métropolitaine. Particulière-




En croisant les données du RPPS et de l'Insee, le système développé permet d'obtenir une photographie complète d'un territoire.

ment destiné aux jeunes diplômés en recherche d'un site d'installation, ou aux praticiens désireux de racheter un cabinet dentaire, il permet d'obtenir en quelques clics des données clés sur la profession pour un secteur donné. Les recherches peuvent être réalisées directement sur la carte en entrant le nom ou le numéro du département recherché. L'utilisateur peut alors visualiser sur la carte les données géolocalisées de son choix : les cabinets dentaires, les chirurgiens-dentistes en exercice principal (avec un symbole de couleur différente en fonction de la tranche d'âge), les chirurgiens-dentistes en exercice annexe, les chirurgiens-dentistes du bassin de vie pour 100 000 habitants ou, tout simplement, les communes du département. Le système permet aussi une recherche par requête : communes par département, chirurgiens-dentistes par département, chirurgiens-dentistes spécialistes (ODF, CO, MBD) et chirurgiens-dentistes selon l'exercice. Pour chacune d'entre elles, il est nécessaire d'indiquer un numéro de département.

Seule exception, la requête *« chirurgiens-dentistes selon l'exercice »* nécessite de mentionner la limite basse de l'âge des praticiens et le type d'exercice (libéral ou salarié). Des boutons situés sur le côté gauche de la carte offrent d'autres options : zoomer sur un secteur précis, une sélection par cercle, qui équivaut à un *« rayon d'action »*, ou encore calculer une distance entre un ou plusieurs points grâce à un outil de mesure. À tout moment, il est possible d'accéder à la fiche d'information associée à chacun des pictogrammes affichés sur la carte. Le système permet aussi l'exportation sous tableau Excel des listes de praticiens affichées à l'écran en fonction de la recherche effectuée. Les données ainsi visualisées proviennent de la base du Conseil national adressée au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), et de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), en ce qui concerne les données plus générales sur la démographie. De plus, le système prend en compte la présence des autres professions médicales (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens et maisons de retraite).

Si l'on choisit, par exemple, d'explorer le département des Pyrénées-Atlantiques (64), il est possible de savoir instantanément quelles sont les communes ne comptant aucun chirurgien-dentiste installé sur leur territoire *(voir la capture d'écran p. 8)*. On constate aussi que certaines villes de la Côte basque disposent de plus d'un praticien pour 1 000 habitants, alors que de nombreuses agglomérations rurales en sont dépourvues.

Notons que la mise à jour quotidienne du système permet d'intégrer les nouvelles données des cabinets et de leurs praticiens dès le lendemain de leur transmission à l'Ordre. ■

# Pas de reconnaissance pour les certificats de compétence

**Dans un arrêt récent, le Conseil d'État a estimé que le Conseil national n'avait pas commis d'erreur de droit ni d'appréciation en refusant à des praticiens la reconnaissance d'un certificat de compétence délivré par une association.**

Un *« certificat de compétence »* ne peut pas faire l'objet d'une reconnaissance par le Conseil national de l'Ordre et il ne peut donc être mentionné ni sur les plaques ni sur les imprimés professionnels. C'est ce que vient de juger le Conseil d'État dans un arrêt en date du 28 novembre dernier.

Pour bien comprendre le contexte de cet arrêt, il convient de revenir quelques années en arrière, en novembre 2006, lorsque le Conseil d'État avait eu à se prononcer sur un refus du Conseil national de reconnaître un *« certificat de compétence en implantologie »*, refus qui entraînait l'impossibilité de mentionner cette compétence, pour le praticien qui s'en prévalait, sur ses imprimés professionnels. Or, le même jour, le Conseil d'État enjoignait au gouvernement de modifier le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes [1] afin de permettre aux praticiens de mentionner sur leurs plaques les diplômes, titres et fonctions reconnus par le Conseil national de l'Ordre.

Ce fut chose faite en février 2009 : notre Code de déontologie était modifié, et en particulier les articles fixant les mentions que les praticiens sont autorisés à faire figurer sur leurs plaques et imprimés professionnels [2].

C'est sur la base de ces nouvelles dispositions que dix praticiens demandaient alors au Conseil national de reconnaître un *« certificat de compétence en implantologie »*, qui leur avait été décerné par une association de praticiens. En pratique, ce certificat était délivré par l'association après examen d'un dossier préparé par le candidat dans lequel figuraient des éléments concernant les actions de formation continue et l'expérience professionnelle du praticien.

**Pour assurer la qualité et l'intelligibilité des informations portées à la connaissance des patients, les certificats de compétence ne peuvent faire l'objet d'aucune communication à destination du public.**

Le Conseil national procédait donc à l'examen de ce certificat selon sa grille de lecture « universelle », c'est-à-dire unique et applicable à toutes les demandes visant à une reconnaissance [3]. Lors de sa session de mars 2010, le Conseil national décidait de ne pas reconnaître un tel certificat pour les motifs suivants :

## L'ESSENTIEL

- ✔ **Un *« certificat de compétence »* ne peut pas faire l'objet d'une reconnaissance par le Conseil national de l'Ordre.**
- ✔ **Le Conseil d'État a conforté la position de l'Ordre sur ce sujet.**
- ✔ **La mention d'un certificat de compétence ne peut donc apparaître ni sur les plaques ni sur les documents professionnels.**

• la notion de «compétence», dans le domaine médical, fait référence à une qualification, et est définie par des textes législatifs et réglementaires ;
• à la date où le Conseil national prenait sa décision, il n'existait qu'une seule spécialité : l'orthopédie dento-faciale ;
• l'intitulé du certificat de compétence était susceptible de créer une confusion sur la portée d'une telle reconnaissance et une suspicion sur la légitimité de la pratique de l'implantologie par les praticiens qui ne seraient pas titulaires de ce certificat [4] ;
• le certificat de compétence en implantologie ne sanctionnait pas une formation dispensée par l'association qui le délivrait, et les critères d'obtention ne répondaient à aucun référentiel professoral ou métier.

Cette décision était déférée à la censure des juridictions administratives, d'abord devant le tribunal administratif de Paris, qui s'est déclaré incompétent, puis devant le Conseil d'État, qui vient donc de débouter les praticiens de leur demande en annulation.

Sur le fond, comment le Conseil d'État a-t-il motivé son jugement ? En premier lieu, il estime que, contrairement à ce qui était avancé par les requérants, lorsque le Conseil national de l'Ordre est appelé à se prononcer [5], et s'il doit effectivement se livrer à une appréciation de chacun des diplômes soumis à son analyse, *«il ne lui appartient pas d'examiner la situation individuelle de chacun des praticiens l'ayant saisi d'une demande de reconnaissance de titres ou de diplômes»*.

Le Conseil d'État estime, en deuxième lieu, que les dispositions des articles R. 4127-216 et R. 4127-218 du Code de la santé publique étaient édictées dans le but d'éviter qu'un chirurgien-dentiste puisse faire usage de ses titres à des fins publicitaires, mais aussi pour prémunir les patients contre des risques d'erreur ou de confusion dans l'interprétation des indications qui leur sont données par les praticiens. Ainsi, pour le Conseil d'État, la restriction que ces dispositions apportent à la liberté de communication et d'information est *«nécessaire à la protection de la santé»* et est destinée à *«assurer la qualité et l'intelligibilité des informations portées à la connaissance des patients»*.

Enfin, le Conseil d'État estime que les conditions d'obtention de ce certificat pouvaient *«effectivement induire les patients en erreur quant à la possibilité pour les praticiens qui ne mentionneraient pas un tel certificat sur leurs plaques et imprimés de pouvoir valablement pratiquer l'implantologie»*.

Le Conseil d'État a donc estimé que, en refusant une telle reconnaissance, le Conseil national de l'Ordre n'avait commis aucune *«erreur de droit»* ni d'*«appréciation»*. ■

(1) Tout particulièrement son article R. 4127-218.

(2) Articles R. 4127-216 et R. 4127-218 du Code de la santé publique.

(3) Lire notre dossier paru dans *La Lettre* n° 107 sur la reconnaissance des diplômes.

(4) En effet, l'information du patient ne doit pas conduire à une confusion dans l'esprit de ce dernier quant à la qualification du chirurgien-dentiste qu'il est amené à consulter.

(5) En application des dispositions des articles R. 4127-216 et R. 4127-218 du Code de la santé publique.

# Exercice des retraités : mode d'emploi

## Une mise au point sur les conditions d'exercice des praticiens retraités.

Tout praticien a la possibilité de continuer à exercer son métier, une fois ses droits à la retraite versés, dans les limites de la loi sur le fonctionnement des régimes de retraite de base et complémentaire des professions libérales. Qu'il choisisse un exercice bénévole, le maintien d'une activité libérale ou salariée, le confrère retraité doit être inscrit au tableau de l'Ordre.

Rappelons que, lorsqu'un chirurgien-dentiste fait valoir ses droits à la retraite, il lui appartient de préciser ses intentions au conseil départemental. En fonction de son choix, cinq possibilités s'offrent à lui quant à son statut vis-à-vis de l'Ordre :

### LA RADIATION

Lorsqu'un praticien choisit de se retirer du tableau de l'Ordre, il ne peut plus exercer l'art dentaire d'aucune manière que ce soit. Il ne paye plus de cotisation à l'Ordre, mais doit s'acquitter des droits de l'année en cours.

### L'INSCRIPTION SUR LA LISTE D'HONORARIAT

Cette inscription n'a qu'une valeur symbolique et ne permet, en aucune façon, de pratiquer la chirurgie dentaire. Le praticien inscrit sur cette liste n'a pas à s'acquitter du paiement de la cotisation ordinale.

### L'INSCRIPTION EN TANT QUE PRATICIEN RETRAITÉ

Ce statut ne permet pas d'exercer, mais il donne le droit de prescrire pour soi-même ou des proches. Dans ce cas, il est recommandé que le praticien dispose d'une assurance responsabilité civile professionnelle (RCP). Le confrère reste alors inscrit au tableau de sa dernière adresse professionnelle et doit payer la cotisation annuelle. Cette dernière se trouve néanmoins réduite de moitié. En outre, cette inscription lui permet de participer aux élections ordinales (en tant qu'électeur ou éligible) et de recevoir sa carte professionnelle ordinale.

### L'INSCRIPTION AU TABLEAU SANS EXERCICE

Elle concerne les jeunes retraités qui envisagent de reprendre une activité différente après une période sans exercice.

Ils sont redevables d'une cotisation pleine et entière et doivent disposer d'une RCP s'ils veulent prescrire.

### LE MAINTIEN DE L'INSCRIPTION

Il s'applique quand un praticien choisit de faire valoir ses droits à la retraite tout en continuant à travailler selon le principe du cumul emploi-retraite. Ce statut concerne également les praticiens qui souhaitent exercer en tant que bénévoles (soins, prévention, dépistage...), **experts judiciaires**, **assistants techniques auprès d'un assureur ou dans le cadre d'une activité de conseil** (organisme de formation, laboratoire...).

Il est important de noter que tout exercice de l'art dentaire, même bénévole ou à titre de conseil, nécessite une inscription au tableau de l'Ordre. La cotisation ordinale reste obligatoire, et le praticien doit être assuré (car, quel que soit son statut, un praticien demeure responsable de ses actes, soins ou conseils...).

Dans le cas d'un exercice bénévole, le praticien retraité peut solliciter le bénéfice de l'exonération de la cotisation ordinale. ■

### L'ESSENTIEL

✔ **Tout exercice de l'art dentaire, même bénévole, du praticien retraité, doit être précédé d'une inscription à l'Ordre.**

✔ **Différents statuts existent en fonction du projet du praticien retraité.**

✔ **Quel que soit le type d'exercice, il est recommandé de contracter une assurance responsabilité civile professionnelle.**

# Une formation aux juridictions à Amiens

**Un séminaire sur le traitement des plaintes a réuni, le 15 novembre dernier à Amiens, des conseillers départementaux et régionaux de Haute-Normandie, Nord–Pas-de-Calais et Picardie.**

Une formation portant sur le fonctionnement des juridictions ordinales et le mécanisme de la plainte s'est déroulée le 15 novembre 2012 à Amiens, dans la Somme. Un peu plus de 80 conseillers départementaux et régionaux de Haute-Normandie, du Nord–Pas-de-Calais et de Picardie sont venus se former aux rouages des juridictions, et tout particulièrement au traitement juridique des plaintes. On notait également la présence de deux présidents de CDPI, de greffières et de plusieurs secrétaires administratives.

Animée par Gilbert Bouteille, vice-président de l'Ordre et représentant des régions concernées auprès du Conseil national, Armand Volpelière, assesseur à la Chambre disciplinaire nationale, et Claude Bourgouin, greffière de la même chambre, cette formation aura permis de détailler, étape par étape, le cheminement d'une plainte déposée au conseil départemental à l'encontre d'un praticien et d'en décrypter toute la mécanique.

### RESPECT DES DÉLAIS ET SECRET DES DÉLIBÉRÉS

Les consignes essentielles à respecter pour qu'une affaire soit bien traitée ont été rappelées aux participants. Les différents sujets abordés ont permis de générer des débats constructifs, notamment autour de cas particulièrement difficiles. Par ailleurs, les intervenants ont mis l'accent sur la nécessité pour les élus ordinaux de se conformer aux dernières directives en matière de traitement des plaintes, particulièrement s'agissant du respect des délais et du secret des délibérés. Ainsi, en première intention, la réponse au patient, l'information du praticien et l'organisation de la tentative de conciliation doivent impérativement être effectuées dans le mois suivant le dépôt de la plainte.

Plus de 80 conseillers ordinaux ont fait le déplacement à Amiens le 15 novembre dernier.

**La réponse au patient, l'information du praticien et l'organisation de la tentative de conciliation doivent impérativement être effectuées dans le mois suivant le dépôt de la plainte.**

Dans un deuxième temps, dans les cas de non-conciliation, obligation est faite au conseil départemental de saisir la chambre disciplinaire de première instance. Cette saisine doit s'effectuer dans les trois mois qui suivent le dépôt de la plainte au conseil départemental et doit être accompagnée du procès-verbal de délibération et de l'inventaire des pièces. Le rôle particulier du conseil régional, notamment dans les cas concernant l'interdiction d'exercer pour raison de santé et l'inscription au tableau de l'Ordre, a aussi fait l'objet d'une mise au point. ■

# La montée en puissance de l'opération Lozère

**Le dispositif d'incitation à l'installation, mis en place par le conseil général et l'Ordre de la Lozère, affiche des premiers résultats prometteurs avec six étudiants s'engageant à s'installer dans le département après l'obtention de leur diplôme.**

Fin 2014, la Lozère comptera six nouveaux chirurgiens-dentistes, tous jeunes diplômés. Cette heureuse perspective est le fruit d'un étroit partenariat entre le conseil général et le conseil départemental de l'Ordre. D'un commun accord, ils ont décidé voilà plus d'un an d'étendre à la profession dentaire un dispositif déjà en place depuis 2007 mais qui concernait jusque-là uniquement les étudiants en médecine. En pratique, contre une bourse de 700 euros par mois versée par le conseil général durant la cinquième et la sixième année d'études, les étudiants s'engagent à exercer leur activité professionnelle en Lozère pendant au moins cinq ans.

Il s'agit de pallier la menace de désertification médicale qui pèse sur ce département rural. En effet, la Lozère compte seulement 36 chirurgiens-dentistes avec un âge moyen situé à 52 ans. Dans les cinq prochaines

## L'ESSENTIEL

- ✔ **Six jeunes praticiens s'installeront en Lozère en 2014 grâce à un dispositif d'incitation pour lutter contre la désertification médicale.**
- ✔ **L'Ordre de la Lozère et le conseil général ont travaillé ensemble pour réussir à séduire les jeunes diplômés.**
- ✔ **Le département propose aussi aux étudiants d'effectuer l'un de leurs stages sur son territoire en échange d'une bourse.**

années, dix départs à la retraite sont prévus. Les élus du conseil général ont donc décidé d'agir avant que la situation ne devienne critique, notamment en sollicitant le conseil départemental de l'Ordre. Ce dernier a ainsi effectué une enquête auprès des confrères lozériens afin de connaître leurs besoins et réaliser une cartographie détaillée de la situation.

Une fois les besoins établis, l'Ordre s'est tourné vers les étudiants de l'UFR d'odontologie de Montpellier. Le doyen de la faculté dentaire, Jean Valcarcel, a accepté d'ouvrir en grand les portes au programme. « *Dans cette démarche, nous avons cherché à dépasser les clichés* » explique Jean-François Lafont, secrétaire général du conseil départemental de l'Ordre lozérien. En effet, si la Lozère est un territoire rural, elle ne se trouve pas pour autant enclavée : le département est traversé par l'autoroute A 75 qui relie Clermont-Ferrand à Béziers, Montpellier n'est qu'à 1 h 30 de trajet en moyenne et l'Internet haut débit est accessible quasiment partout.

**Avec 36 praticiens en exercice âgés en moyenne de 52 ans et dix départs à la retraite prévus dans les cinq prochaines années, la menace de désertification du département devait être combattue de toute urgence.**

Le conseil général tente aussi de séduire les futurs confrères en leur proposant de venir découvrir la Lozère pendant leur cursus universitaire. Et lorsque l'étudiant choisit un lieu de stage en Lozère, il reçoit une aide financière de 400 euros par mois de stage effectué chez un praticien local. Outre la bourse mensuelle, le stagiaire perçoit le remboursement de ses frais de déplacement entre la faculté et le lieu de stage. Depuis 2008, ces deux dispositifs ont déjà porté leurs fruits avec les internes en médecine générale. Huit étudiants en médecine ont signé une convention avec le Conseil général et 11 bourses de stage ont été accordées. À ce jour, trois médecins généralistes se sont implantés dans les petites communes de Saint-Chély-d'Apcher, Langogne et Marvejols.

Outre la bourse d'études pendant deux ans et l'accueil personnalisé lors de leur installation, les jeunes chirurgiens-dentistes bénéficient également des avantages obtenus grâce au classement de la Lozère en zone de revitalisation rurale (ZRR). Ce dispositif comporte des mesures fiscales incitatives, notamment une exonération totale de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les bénéfices pendant cinq ans, puis partielle pendant trois ans. « *Notre but, c'est qu'ils restent en Lozère au-delà des cinq ans,* souligne Jean-François Lafont, *qu'ils s'intègrent pleinement et durablement à la vie locale.* » L'avenir dira si la greffe est un succès à long terme, mais l'engouement des jeunes pour ce dispositif est très encourageant. ■

# Nouvelle cotation en radiodiagnostic

**Une décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), parue au *Journal officiel* le 22 novembre dernier, applicable dès le 23 novembre, modifie la cotation actes de radiodiagnostic péri-apicaux et rétrocoronaires.**

Depuis le 23 novembre 2012 est applicable ce qui suit :

La distinction entre radiographie argentique et radiographie numérique disparaît (disparition du Z4 et du Z1).

La cotation Z6 est appliquée quelle que soit la technique utilisée, numérique ou argentique.

Le supplément pour numérisation (cotation Z5) est supprimé. Cette modification s'appliquait aux clichés extrabuccaux (crâne, massif facial, sinus, etc.) et était déjà appliquée depuis début 2011 aux médecins.

La radiographie panoramique numérisée n'est plus cotée Z21 mais Z16.

Sont créés deux types de radios pour les intrabuccales rétro-alvéolaires et/ou rétrocoronaires.

La première radiographie dite «*radiographie de diagnostic*» est cotée Z6 (en appliquant la règle des trois dents contiguës).

Les radios suivantes dites «*complémentaires*» sont cotées Z3 (en appliquant la règle des trois dents contiguës).

Dans le cas d'un traitement endodontique et dans ce cas seulement, il peut être compté deux radios complémentaires (par exemple, lime en place et fin d'obturation).

L'ensemble des radios, quelle que soit leur cotation, doivent respecter les critères généraux de qualité, de lisibilité et d'identification habituels. ■

La distinction entre radiographie argentique et radiographie numérique n'a désormais plus cours.

**L'ensemble des radios, quelle que soit leur cotation, doivent respecter les critères généraux de qualité, de lisibilité et d'identification habituels.**

## Exemple pour un traitement endodontique

Radio préopératoire : Z6
Radio de calibrage de longueur : Z3
Radio de contrôle de fin d'obturation : Z3

## Exemple pour un acte de chirurgie : l'avulsion

Radio avant avulsion : Z6
Radio complémentaire pour recherche d'un apex en cours de séance : Z3

# Un service d'odontologie flambant neuf pour la Moselle

## Le président de l'Ordre a conduit la visite inaugurale du service d'odontologie installé au sein du Centre hospitalier régional de Metz-Thionville, en Lorraine.

Un bâtiment flambant neuf, des équipements renouvelés à plus de 80 %, un réseau informatique de dernière génération, c'est ce qu'a constaté le président de l'Ordre, Christian Couzinou, lors de la visite inaugurale du service d'odontologie du nouveau Centre hospitalier régional Metz-Thionville, le 5 décembre dernier.

En effet, cette nouvelle structure offre aux patients lorrains ce qui se fait de mieux dans le domaine. Éric Gérard, à la fois chef du pôle Tête, cou, chirurgie plastique, chirurgie des brûlés et chef du service d'odontologie du CHR Metz-Thionville, s'est chargé d'accueillir le président de l'Ordre avant de lui présenter les différentes évolutions de son service, notamment en ce qui concerne l'augmentation de la capacité d'accueil et du niveau d'équipement.

De gauche à droite, MM. Gérard, Khaliffe (president CME), Flamaing (du conseil de surveillance), Mme Mojaïski (présidente de la CNSD), MM. Nanty (ancien chef de service), Couzinou (president de l'Ordre), Lefèvre (président de la conférence des chefs de service) et Peljak (directeur général adjoint du CHR).

Ainsi, le service d'odontologie est passé de cinq à six fauteuils de chirurgie dentaire, dispose d'un lit d'hospitalisation conventionnel, cinq places en chirurgie ambulatoire et une salle ultra moderne dédiée au bloc opératoire, le tout sur une surface deux fois plus grande qu'auparavant.

Son activité suit le principe de complémentarité avec les praticiens de la ville pour la réalisation des soins spécifiques et de chirurgie orale. De plus, il fonctionne en continu et peut recevoir, à tout moment, les urgences du 15. Par ailleurs, un praticien du service se déplace régulièrement à la maison d'arrêt de Metz-Queuleu afin de soigner les détenus. Le service bénéficie aussi de l'informatisation totale de la gestion des dossiers médicaux du nouvel hôpital, ce qui permet de suivre le parcours du patient au sein des différents services et de garantir ainsi la bonne coordination des soins.

Mais au-delà des aspects techniques, c'est le concept même de la structure qui a évolué pour améliorer la qualité des soins. *« L'originalité de cette nouvelle organisation, c'est la proximité de l'ensemble des disciplines céphaliques,* explique Éric Gérard, *ce qui facilite le parcours des patients qui doivent consulter plusieurs spécialistes pour une même pathologie. »*

Ce service fonctionne depuis le 5 octobre dernier, sans aucune fausse note. Le déménagement depuis l'ancien hôpital Bon-Secours dans le centre-ville de Metz vers la nouvelle installation située à une dizaine de kilomètres, sur la commune d'Ars-Laquenexy, avait été préparé avec minutie pour une continuité des soins sans faille. Un service d'odontologie existe également sur le site de Thionville. Cette structure jumelle a également été entièrement rénovée, il y a de cela quelques mois. ■

# Dans la peau d'un chirurgien-dentiste

**Le conseil régional de l'Ordre de Lorraine a mis en place, en partenariat avec la faculté de Nancy, une séance de TD pour familiariser les futurs confrères aux réalités de la pratique de la relation patient-soignant.**

À quelques mois de la fin de leurs études, 62 étudiants en T1 (6e année) de la faculté de chirurgie dentaire de Nancy ont pu se rendre compte, le temps d'un après-midi, de la complexité des rapports avec le patient. Ils ont participé, le 20 septembre 2012, à un TD mis en place par le Conseil régional de l'Ordre de Lorraine, avec le soutien du doyen, Jean-Marc Martrette.

Trois ateliers sous forme de jeux de rôle ont été spécialement préparés : gestion du conflit, confraternité, consentement éclairé et devis. Les représentants de l'Ordre jouaient les patients et les étudiants leur praticien traitant, le tout dans différentes situations reflétant la réalité du «terrain» : établissement du plan de traitement, intèle – difficile à imaginer sans expérience professionnelle – et cela, quelques mois avant l'obtention de leur diplôme. Ils devront alors faire face, seuls, à ces situations.

Les mises en situation ont permis aux étudiants de tester leur capacité à gérer un dialogue difficile avec le patient.

satisfaction du patient après un soin, confraternité, etc.

Ce genre d'exercice permet aux étudiants de se confronter à la réalité des rapports praticien-patien-

**Gestion du conflit, confraternité, consentement éclairé et devis ont été auscultés sous la forme de jeux de rôle.**

Cette première en Lorraine découle de la volonté du Conseil national de l'Ordre de se rapprocher des facultés dentaires et de tisser des liens avec les confrères en devenir. Le même genre d'expériences est régulièrement réalisé en Alsace.

Les quatre présidents des conseils départementaux de Lorraine (Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle et Vosges) ont participé à cette séance afin de présenter les atouts de l'exercice professionnel dans leur territoire.

Ils se sont particulièrement attardés sur la démographie professionnelle et la qualité de vie, en espérant donner aux étudiants l'envie de s'installer dans ces départements. *«Les étudiants ont pu découvrir les atouts et les diversités de nos départements, poser aux quatre présidents les questions les plus diverses sur leurs préoccupations : qualité de vie, loisirs, infrastructures culturelles, communication, etc.»* note Guy Naudin, président du Conseil régional de l'Ordre de Lorraine.

Un questionnaire a été remis à chacun des participants, lesquels à plus de 96 % se sont déclarés *«satisfaits»* ou *«très satisfaits»* par le TD. Parmi les suggestions écrites des étudiants, celle d'accorder plus de temps aux ateliers a été émise par nombre d'entre eux. Leur avis a été pris en considération pour l'édition 2013 puisque la séance devrait être organisée cette fois sur toute une journée. ■

# Riches échanges à l'ADF entre les praticiens et l'Ordre

**Le stand de l'Ordre au Congrès de l'ADF, qui s'est tenu du 26 au 30 novembre 2012 au Palais des congrès de Paris, a permis à de nombreux praticiens d'aller directement à la rencontre de l'Ordre.**

Au cours des quatre journées du congrès de l'ADF à Paris, fin novembre, près de 300 confrères ont été reçus par les membres et les juristes du Conseil national. Les échanges directs au cours de cet événement contribuent à entretenir le lien indispensable entre l'instance ordinale et les praticiens. Pour l'Ordre, c'est aussi l'occasion de connaître plus précisément les préoccupations des chirurgiens-dentistes.

### LES CONTRATS AU CŒUR DES ÉCHANGES

Dans 40 % des cas, les questions posées concernaient les contrats et les formes d'exercice accessibles aux chirurgiens-dentistes. Bien souvent, les confrères interrogent l'Ordre afin de trouver le mode d'exercice le mieux adapté à leur situation et ont multiplié, à cette occasion, les demandes d'informations concernant l'exercice en tant que collaborateur. Les publicités des chirurgiens-dentistes sur Internet ont également fait l'objet de nombreuses remarques de la part des praticiens. Par ailleurs, la rencontre avec l'Ordre a été l'occasion pour beaucoup de mieux connaître la réglementation en matière d'éclaircissement dentaire.

### DES INQUIÉTUDES À PROPOS DE L'UNIVERSITÉ PORTUGAISE DE TOULON

Autre sujet brûlant très commenté au cours de ces échanges : le cas de l'implantation de l'université portugaise Fernando Pessoa à Toulon dans le Var. Beaucoup ont exprimé leur inquiétude à ce sujet, lequel retient tout spécialement l'attention du Conseil national. ■

# Angers reçoit le bureau du Conseil national

**Au cours de la séance de travail réunissant les conseillers des régions Centre et Pays de la Loire, la formation continue et la démographie ont été abordées parmi d'autres sujets d'actualité.**

Le bureau national poursuit sa tournée des régions. Le 21 novembre dernier, Christian Couzinou, président de l'Ordre, André Micouleau et Paul Samakh, vice-présidents, et Pierre Bouchet, trésorier adjoint, ont participé à une réunion de travail à Angers où se sont rassemblés 60 conseillers ordinaux issus des 11 départements des régions Centre et Pays de la Loire [1]. Myriam Garnier, représentante des régions Centre et Pays de la Loire au Conseil national de l'Ordre, participait à cet événement organisé par Pierre Danion, président du conseil départemental de l'Ordre du Maine-et-Loire.

Cette réunion de travail a permis aux participants d'exposer leur point de vue sur les différents sujets qui préoccupent les praticiens. Ainsi, Christian Couzinou a saisi l'occasion pour faire le point sur la mise en place du développement professionnel continu (DPC). Les avantages et les inconvénients du nouveau système ont été abordés au cours de nombreux échanges avec les conseillers ordinaux.

**Largement commenté, le développement professionnel continu a été appréhendé du point de vue de ses avantages et inconvénients.**

Autre sujet développé au cours de la journée : la démographie. Concernant ce dossier, les réunions en région permettent de prendre la mesure des difficultés particulières de certains territoires. À propos des maisons de santé interprofessionnelles, Myriam Garnier a rappelé les grandes lignes de son audition au Sénat, avec le président Christian Couzinou, et détaillé le fonctionnement des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa) ainsi que les procédures, complexes pour certaines d'entre elles, permettant la mise en place d'une telle structure.

Le sujet de l'accessibilité des cabinets dentaires aux personnes à mobilité réduite *(voir le dossier pp. 24-33)* a aussi été abordé avec, en ligne de mire, l'application de la nouvelle réglementation à compter du 1er janvier 2015.

Enfin, les questions relatives aux *« bars à sourire »* et aux amalgames ont fait l'objet d'une attention toute particulière dans les débats entre les conseillers ordinaux et le bureau national. ■

(1) C'est-à-dire, pour la région Centre, le Cher, l'Eure-et-Loir, l'Indre, l'Indre-et-Loire, le Loir-et-Cher et le Loiret ; pour la région des Pays de la Loire, la Loire-Atlantique, le Maine-et-Loire, la Mayenne, la Sarthe et la Vendée.

# L'Europe ordinale se réunit à Paris

**Le 30 novembre dernier a eu lieu l'assemblée générale d'hiver de la Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens (Fedcar) au siège du Conseil de l'Ordre.**

Deux fois par an, la Fedcar se réunit pour faire le point sur l'avancée des dossiers européens et nationaux qui intéressent la régulation de notre profession. L'assemblée générale qui s'est tenue le 30 novembre 2012 au siège de l'Ordre à Paris a rassemblé les représentants d'Ordres ou de ministères de plusieurs pays membres de l'Union européenne, mais aussi d'États associés comme la Croatie (28e pays de l'UE à partir du 1er juillet 2013).

Chaque année, la seconde session des travaux de la Fedcar a lieu dans les locaux du Conseil national.

En début de matinée, le Dr Udo Lenke, président de la chambre régionale des chirurgiens-dentistes du land de Bade-Wurtemberg, est revenu sur le système – pour l'instant unique en Europe – de *« seconde opinion »*. Rappelons que ce dispositif permet à tout patient d'obtenir gratuitement l'avis d'un autre praticien sur le diagnostic effectué par son chirurgien-dentiste. Il donne la possibilité au patient de vérifier la pertinence du diagnostic, notamment lorsque celui-ci implique des soins coûteux. Le confrère allemand a précisé que seulement 10 % des patients y recourraient, établissant ainsi la nature surtout préventive de ce système.

Les participants ont ensuite dressé un état des négociations menées au Parlement européen et au Conseil des ministres de l'Union sur la révision de la directive 2005/36 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Les principaux sujets de cette révision qui détermineront la régulation de la profession dentaire ont été : la future carte professionnelle européenne, la clarification du recours aux tests de langue avant l'autorisation d'exercice dans un État membre d'accueil, le refus de l'accès partiel à la profession de chirurgien-dentiste ainsi que le mécanisme d'alerte à venir en Europe concernant les professionnels de santé sanctionnés sur le plan disciplinaire ou pénal.

Cette discussion s'est enrichie de la rencontre avec Constance Le Grip, parlementaire européenne, membre de la Commission du marché intérieur et de la protection des consommateurs (Imco), venue présenter les points de convergence et restant à résoudre pour compléter la directive.

L'après-midi, les nouvelles dispositions, en place depuis le mois de décembre, du système d'information sur le marché intérieur (Imi) relatif à la coopération administrative entre autorités régulatrices des pays de l'UE ont été présentées. Puis les participants ont abordé les autres thèmes de l'actualité dentaire européenne, dont la stratégie de la Commission européenne sur le mercure dentaire, le prochain cadre réglementaire européen sur les dispositifs médicaux et les règles européennes qui fixeront la protection des données du patient.

Le développement de chacun d'entre eux sera repris lors de la prochaine réunion des autorités régulatrices de la Fedcar au printemps 2013. ■

## SEINE-MARITIME

Découverte d'ossements en bordure de Seine sur la commune de SAINT-VIGOR-D'YMONVILLE (76) les 10 et 12 janvier 2012.
La mandibule ne figure pas dans les ossements.

**Signalement**

Sexe : Homme Âge estimé : 43 +/- 9 ans Type : leucoderme

**Renseignements**

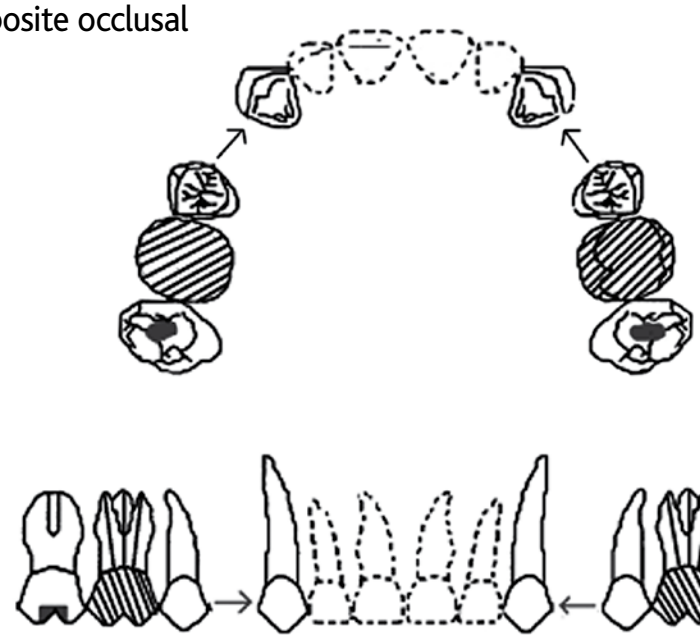
Tout renseignement susceptible de permettre l'identification de la victime est à transmettre à :
**M. Olivier CASTEL – olivier-a.castel@gendarmerie.interieur.gouv.fr**

**Éléments dentaires importants**

Absence *ante mortem* de **14, 24, 18, 28**

**MAXILLAIRE**

**17 :** composite occlusal
**16 :** dévitalisée et couronne céramo-métallique
**12, 11, 21, 22 :** absentes *post mortem*
**26 :** dévitalisée et couronne céramo-métallique
**27 :** composite occlusal



Dernière minute

# Plainte du ministère contre l'université Fernando Pessoa

**Nous publions ci-dessous le communiqué de presse du ministère de l'Enseignement supérieur à propos de la création de l'université Fernando Pessoa. Cette création avait fait l'objet de la couverture du dernier numéro de *La Lettre*.**

*« Suite à l'ouverture d'une antenne de l'université portugaise Fernando Pessoa à Toulon, Geneviève Fioraso a demandé à la rectrice de l'Académie de Nice de déposer une saisine auprès du procureur de la République de Toulon sur les points suivants :*
*– l'usage abusif du terme "université".*
*En effet l'article L. 731-14 du Code de l'éducation prévoit que "les établissements d'enseignement supérieur privés ne peuvent en aucun cas prendre le titre d'université".*
*– le non-respect des règles du régime de déclaration préalable nécessaire pour l'ouverture de ce type d'établissement.*
*Geneviève Fioraso a plusieurs préoccupations sur la qualité de la formation et la capacité de la structure Fernando Pessoa à répondre aux exigences d'un enseignement technique dans les disciplines de santé.*
*Elle agira pour garantir le rôle indispensable de régulation de l'État et la qualité de la formation des professions de santé sur le territoire. Elle a le souci permanent de protéger les étudiants. »*

## Odontologie légale francophone

Au cours du 22e Congrès de l'Association française d'identification odontologique (Afio), qui s'est déroulé à Fès, au Maroc, du 26 au 28 septembre 2012, est née la Fédération des associations francophones d'odontologie légale (Fafol). Cette nouvelle entité regroupe déjà, autour de la France, initiatrice de ce projet, le Canada, la Belgique, la Suisse, le Maroc, la Tunisie et l'Algérie. Promouvoir et soutenir la représentativité de l'odontologie légale francophone au niveau national et international sont les buts de cette fédération, qui a élu Claude Laborier à sa présidence tournante.

## Prix du Conseil national de l'Ordre

À l'occasion de la remise des prix de l'Académie nationale de chirurgie dentaire, le 26 novembre dernier, le prix du Conseil national de l'Ordre a été décerné à Chloé Bernard-Granger, major du concours de l'internat de chirurgie dentaire. Étudiante à la faculté d'odontologie de l'université Claude-Bernard Lyon 1, Chloé Bernard-Granger a terminé en tête des épreuves classantes nationales (ECN) 2012. Originaire de Haute-Savoie, la lauréate a choisi d'étudier la médecine bucco-dentaire à Lyon après la validation de sa première année de médecine à l'université Joseph-Fourrier de Grenoble.

## Low cost et tourisme dentaire

Face à la presse nationale et régionale, le dernier congrès de l'ADF a été l'occasion, pour Catherine Mojaïsky, présidente de la CNSD, Joël Trouillet et Jean-Patrick Druo, secrétaires généraux de l'ADF, et Christian Couzinou, président du Conseil national, de répondre aux questions des journalistes et de rétablir certaines vérités en matière de soins low-cost et de tourisme dentaire. Christian Couzinou a notamment insisté sur la responsabilité du thérapeute en termes d'approche globale des soins bucco-dentaires et les dérives liées à une approche commerciale de notre pratique médicale qui se limitent à quelques actes réputés « rentables ».

## Napoléon et ses médecins

Xavier Riaud, membre associé de l'Académie nationale de chirurgie dentaire, vient de publier chez l'Harmattan un ouvrage intitulé Napoléon et ses médecins. L'ouvrage retrace l'histoire des grandes réformes au sein du corps médical sous l'Empire et l'histoire de la médecine et des rapports que Napoléon nourrisait avec celle-ci.

# Préparer au mieux l'accessibilité des locaux

La route paraît encore longue. Pourtant, l'application de la loi de 2005 pour l'accessibilité des personnes handicapées sera effective à compter du 1er janvier 2015, c'est-à-dire dans moins de deux ans. Nombreux sont les praticiens à s'interroger sur le respect de normes devenues très strictes, notamment dans les locaux anciens. Fort heureusement, des dérogations restent possibles, mais encore faut-il en comprendre le mode d'emploi. Dans un souci d'anticipation, pour faciliter la transition, l'Ordre a souhaité faire le point sur ce dossier dès aujourd'hui. Dans un premier temps, l'article sous forme de questions-réponses, page suivante, permettra au praticien de trouver un éclairage sur la plupart des zones d'ombre du dossier.

La profession dentaire n'est pas la seule à s'inquiéter. En effet, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur les modalités d'application des règles d'accessibilité, sans remettre en cause l'échéance d'application de la loi, avançait des propositions de révision. De leur côté, le ministère du Développement durable et le ministère de la Santé ont récemment publié un guide intitulé *Les Locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité*. Signe que l'heure n'est pas à la remise en question de la loi, même si l'ensemble des acteurs de ce dossier est bien conscient de l'impact disproportionné que prendrait l'application stricte de cette loi. Mieux vaut donc se préparer dès aujourd'hui car 2015 approche à grands pas. ■

»»»

# Mises aux normes, dérogation : mode d'emploi

**Quelles sont les normes et les dérogations applicables au cabinet dentaire ? Qui est concerné ? Décryptage.**

### Mon cabinet dentaire se trouve dans un immeuble dans lequel il est impossible de réaliser des travaux d'aménagement. Que faire ?

La réglementation a prévu que des dérogations aux dispositions relatives à l'accessibilité des handicapés pouvaient être accordées en fonction de la situation du local. Trois types de dérogation peuvent être envisagés :

- Une dérogation technique : celle-ci peut être obtenue en raison d'une impossibilité technique liée à la situation physique du local (environnement ou structure du bâtiment) empêchant la réalisation des travaux ;
- Une dérogation pour préservation du patrimoine, lorsque le cabinet est établi, par exemple, dans un bâtiment classé ;
- Une dérogation pour disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leurs conséquences.

### À qui dois-je adresser ma demande de dérogation ?

La demande de dérogation doit être remplie sur un formulaire Cerfa (n° 13824 ou n° 13409). Le document renseigné doit être déposé au secrétariat de la mairie où est implanté le local du professionnel de santé. La Direction départementale des territoires (DDT) peut également donner des conseils réglementaires techniques. La DDT peut en particulier aiguiller le praticien sur les informations souhaitées par la Commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité (CCDSA). C'est cette dernière qui examine toutes les demandes d'autorisation de travaux et de dérogation. À défaut de réponse par le préfet dans un délai de trois mois, la dérogation est considérée comme refusée.

### En quoi consiste la dérogation ?

La dérogation accordée par le préfet peut être totale ou partielle. Dans le premier cas, la dérogation totale exempte le demandeur de la réalisation des travaux de mise aux normes. Dans le second cas, soit les impératifs posés par la réglementation seront atténués, soit le demandeur ne sera obligé de réaliser que certains types de travaux. Seule la situation exacte du local permettra de déterminer le type de dérogation qui pourra être accordé.

### Qu'est-ce que les mesures de substitution ?

Lorsque la structure d'exercice assure une mission de service public (permanence des soins dans une maison de santé, maison médicale de garde, etc.), les demandes de dérogation doivent être accompagnées obligatoirement de mesures de substitution, c'est-à-dire de mesures qui, sans répondre aux exigences réglementaires en matière d'accessibilité, s'en rapprochent pour améliorer l'accessibilité. Dans les autres cas, ces mesures de substitution

ne sont pas obligatoires, mais il est vivement recommandé d'en prévoir pour augmenter les chances d'obtenir un avis positif à l'issue de l'examen de la demande.
Par exemple, lorsque le cabinet dentaire, dans une maison de santé, est situé en étage d'un bâtiment ancien, et qu'un ascenseur ne peut pas y être techniquement aménagé, il est possible de prévoir un monte-escalier, avec un fauteuil roulant à disposition à l'étage pendant le temps des soins.

**J'ai fait une demande de dérogation auprès du préfet de mon département, mais je n'ai pas obtenu de réponse. Cela signifie-t-il que la dérogation est acceptée ?**

Non, au contraire. Si le praticien qui effectue une demande de dérogation n'obtient pas de réponse du préfet dans un délai de trois mois à compter de la réception par lui d'un dossier complet, la dérogation est réputée refusée.

**Je suis actuellement locataire du local professionnel dans lequel j'exerce. Qui doit assumer la charge des travaux ?**

Rien n'est prévu dans les textes. Tout reposera sur une négociation entre votre bailleur et vous. En cas de refus de ce dernier d'effectuer des travaux, ou de vous donner l'autorisation de les faire à vos frais, vous pouvez demander une dérogation au préfet. Par ailleurs, le refus opposé par votre bailleur peut constituer un juste motif de résiliation de plein droit du bail.

**Mon cabinet se trouve au premier étage d'un immeuble en copropriété sans ascenseur. L'assemblée générale des copropriétaires a refusé l'installation d'un ascenseur. Que faire ?**

Il convient dans ce cas de figure de se référer aux dispositions de la loi du 10 juillet 1965 relative à la copropriété des immeubles bâtis, et notamment aux articles 24 et 25 fixant les majorités nécessaires en assemblée générale pour l'adoption de certaines décisions de travaux.
L'article 24 de la loi de 1965 prévoit que sont décidés à la majorité des voix exprimées des copropriétaires présents ou représentés :

- Les travaux d'accessibilité des immeubles aux personnes handicapées ou à mobilité réduite qui n'affectent pas la structure de l'immeuble ou ses éléments d'équipement essentiels ;
- L'autorisation donnée à certains copropriétaires d'exécuter à leurs frais les travaux d'accessibilité des immeubles aux personnes handicapées ou à mobilité réduite touchant aux parties communes, mais qui n'affectent pas la structure de l'immeuble ou ses éléments d'équipement essentiels. »»»

Parmi ces travaux, on peut citer l'élargissement des portes, l'établissement de plans inclinés, la pose de rampes le long d'un mur, la pose d'une signalisation particulière, etc. En ce qui concerne l'installation d'un ascenseur, il s'agit de travaux affectant la structure de l'immeuble *(lire l'encadré p. 29)*.

### J'envisage d'acquérir un cabinet dentaire, mais il n'est pas aux normes d'accessibilité aux handicapés. Que faire ?

Au regard des textes, au plus tard le 1er janvier 2015, au moins une partie du cabinet devra avoir été mise aux normes prévues par la réglementation, afin d'offrir aux patients (actuels ou futurs) en situation de handicap les mêmes prestations qu'aux autres patients. Il est conseillé de s'adresser au service de l'urbanisme de la mairie ou à la Direction départementale du territoire (DDT).

### J'ai obtenu une dérogation et je suis amené à vendre mon cabinet à un autre confrère. Que se passe-t-il dans ce cas ?

Les dérogations aux règles d'accessibilité sont pérennes, car elles sont attachées au local et à l'usage qui en est fait et non à la personne qui l'occupe. Par conséquent, en cas de cession du cabinet à un autre chirurgien-dentiste ou professionnel de santé, les dérogations obtenues par le précédent propriétaire ou occupant perdurent.

### Suis-je dans l'obligation d'établir un diagnostic d'accessibilité aux handicapés ?

Si la loi a prévu l'établissement d'un diagnostic d'accessibilité aux handicapés pour les établissements recevant du public (ERP), celui-ci n'est obligatoire que pour les ERP du 1er groupe, c'est-à-dire les ERP de 1re à 4e catégorie. Les cabinets dentaires, ERP de 5e catégorie appartenant au 2e groupe, ne sont nullement concernés par cette obligation. Toutefois, aucun texte n'interdit au praticien de faire établir un diagnostic s'il l'estime nécessaire. En effet, ce diagnostic a pour objectif d'évaluer les dysfonctionnements d'accessibilité et les solutions possibles et peut, à ce titre, présenter un intérêt concret pour le chirurgien-dentiste. Attention cependant : les cabinets implantés dans des centres commerciaux sont classés dans la même catégorie d'ERP que celle du centre commercial d'implantation – généralement en 1re catégorie. Le diagnostic sera alors obligatoire.

### Suis-je obligé d'installer des toilettes accessibles aux handicapés ?

L'existence ou non d'une obligation pour un ERP de disposer de toilettes à destination du public dépend du règlement sanitaire de la ville, disponible en mairie. Si vous disposez de toilettes dans votre cabinet dentaire, mais qu'elles sont réservées à votre usage personnel, ces toilettes ne sont pas tenues de respecter les normes en matière d'accessibilité. En revanche, si vous employez du personnel, le Code du travail oblige à la mise à disposition de toilettes pour le personnel salarié. Dans ces conditions, ces toilettes devront être mises aux normes.

### Un dispositif de contrôle de mise aux normes existe-t-il ?

Un dispositif de contrôle *a priori* et *a posteriori* du respect des obligations en matière d'accessibilité a été mis en place par les textes.

- Le contrôle du respect de la réglementation relative à l'accessibilité *a priori* s'effectue par le biais des régimes d'autorisation préalable aux travaux. Ainsi, tous les travaux touchant notamment à la structure extérieure d'un immeuble doivent faire l'objet d'une autorisation de travaux (permis de construire ou autorisation de travaux). Les demandes d'autorisation de travaux doivent prévoir les travaux nécessaires à la mise aux normes. À défaut, l'autorisation peut être refusée au seul motif que le local ne sera pas accessible aux personnes en situation de handicap, comme stipulé à l'article R. 111-19-14 du Code de la construction et de l'habitation (CCH)
- Le contrôle *a posteriori* peut prendre deux formes distinctes. Premièrement, lorsque les travaux effectués sont soumis à un permis de construire, une attestation d'achèvement des travaux et de conformité est établie par un contrôleur technique agréé ou par un architecte

(article L. 111-7-4 et R. 111-19-27 du CCH). Attention ! Précisons que cette attestation ne concerne que les travaux soumis à un permis de construire et non ceux qui sont assujettis à une simple autorisation de travaux.

### Quelles sont les sanctions possibles si la mise aux normes n'est pas réalisée et que des dérogations ne sont pas obtenues ?

L'article L. 111-8-3-1 du CCH prévoit que l'autorité administrative (le maire ou le préfet) peut fermer l'ERP qui ne répondrait pas aux exigences minimales d'accessibilité aux handicapés. La décision de fermeture de l'ERP ne peut être prise qu'au vu d'un constat établi par un agent assermenté à cet effet. Elle doit être précédée d'une mise en demeure fixant un délai qui doit prendre en compte la nature des travaux à réaliser. La décision doit également tenir compte de l'importance des manquements, au regard de l'intérêt de l'établissement pour la vie économique et sociale.

Le non-respect des règles d'accessibilité peut également être assimilé à de la discrimination en raison du handicap de la personne, discrimination qui constitue un délit pénal passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 75 000 euros et de cinq ans d'emprisonnement (article 225-1 du Code pénal). D'autres sanctions pénales pour non-respect des règles de la construction peuvent également être prononcées : amende maximale de 45 000 euros et six mois d'emprisonnement en cas de récidive (article L. 152-4 du CCH). Le recours pénal peut être intenté par toute personne et par toute association de personnes handicapées déclarée depuis au moins cinq ans. ■

## Les travaux affectant la structure d'un immeuble en copropriété

En ce qui concerne l'installation d'un ascenseur, il s'agit de travaux affectant la structure de l'immeuble. Dans ces conditions, les règles de majorité de l'article 24 ne s'appliquent pas. Il faut alors se référer à celles prévues à l'article 26 de la même loi qui prévoit un vote à la majorité des membres du syndicat de copropriétaires représentant au moins les deux tiers des voix de tous les copropriétaires.
L'autorisation donnée à un copropriétaire de réaliser à ses frais les travaux de mise aux normes affectant la structure est, pour sa part, soumise aux règles de vote de l'article 25 b de la loi de 1965, c'est-à-dire à la majorité des voix de tous les copropriétaires. En cas de refus de la copropriété de procéder aux travaux d'amélioration nécessités par la réglementation en vigueur, si lesdits travaux devaient être adoptés à la majorité (article 25), vous pouvez demander au tribunal de grande instance l'autorisation de procéder à ces travaux, aux conditions fixées par la juridiction. Si le président du tribunal n'accède pas à votre requête, vous serez en présence d'une impossibilité technique de procéder aux travaux rendus nécessaires, justifiant une demande de dérogation au préfet.
En ce qui concerne les travaux d'accessibilité qui n'affectent pas la structure de l'immeuble ou ses éléments d'équipement essentiels (votés à la majorité de l'article 24), la loi de 1965 ne prévoit pas la possibilité de s'adresser au président du tribunal de grande instance afin de *« forcer la main »* à l'assemblée générale.
Il n'en reste pas moins que, dans cette situation également, un refus de l'assemblée générale peut être constitutif d'une impossibilité technique de réaliser les travaux, laquelle est, on l'a dit, susceptible de faire l'objet d'une dérogation du préfet.

# Quand l'Igas plaide pour un assouplissement

**Un rapport sur les modalités d'application des règles d'accessibilité pour les personnes handicapées, dont l'Igas est coauteur, pointe du doigt les difficultés que connaissent les professionnels pour répondre aux exigences de la loi à partir du 1er janvier 2015.**

Du bon sens et du réalisme, c'est ce qui caractérise le rapport rendu public par le gouvernement en septembre 2012. Les modalités d'application des règles d'accessibilité du cadre bâti pour les personnes handicapées y sont examinées sous l'angle pratique par trois organismes publics : le Conseil général de l'environnement et du développement durable (CGEDD), l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et le Contrôle général économique et financier (CGEFi). Les auteurs de ce document détaillent ainsi les difficultés rencontrées dans l'application des dispositions relatives à la loi du 11 février 2005 sur la mise aux normes des établissements recevant du public (ERP), dont les cabinets dentaires font partie. Transmis au précédent gouvernement en octobre 2011, le rapport ne remet pas en cause l'échéance du 1er janvier 2015, mais propose un assouplissement des exigences de la nouvelle législation.

## DES OBLIGATIONS INTENABLES

Ce rapport établit tout d'abord le constat suivant : l'obligation à laquelle sont soumis les ERP «*ne pourrait en aucun cas être tenue*» au 1er janvier 2015, date d'application effective de la loi. Selon les auteurs, l'impossibilité résulte principalement de «*l'ampleur considérable des travaux à réaliser*» jugée comme étant «*hors d'atteinte dans les délais prescrits*». Au moment de la rédaction de ce rapport, la mission a pu constater, «*à trois ans de l'échéance*», un niveau de réalisation «*de l'ordre de 15 %*». Notons que ce taux n'est probablement pas beaucoup plus élevé aujourd'hui.

Les auteurs du rapport expliquent cette situation ubuesque par un «*véritable manquement au principe de proportionnalité*» au regard de la mise en accessibilité des constructions anciennes. Car on impose à des bâtiments souvent «*construits selon des conceptions architecturales et urbanistiques d'autres époques*» des normes pour la plupart «*identiques à celles établies pour des constructions nouvelles*». Dans ce cas, «*le choc des contraintes est inévitable*» estiment les auteurs du document. En outre, si le texte de loi reste inchangé, il pourrait donner lieu «*à un nombre très important de dérogations non maîtrisées ainsi qu'à des risques économiques pour des entreprises, et des coûts budgétaires excessifs pour le secteur public*».

## ASSOUPLIR SANS MODIFIER L'ÉCHÉANCE

Dans ses conclusions, le rapport propose donc d'ouvrir «*sans délai [et] dans la concertation [le chantier d'une] révision des exigences pour la mise en accessibilité*» des ERP pour «*mieux l'ajuster aux réalités des bâtiments recevant du public existants*». Tout en souhaitant le maintien

de l'échéance prévue, elle propose de *«définir un objectif révisé»* dont l'ambition serait d'*«optimiser l'utilisation des moyens disponibles pour réaliser le maximum d'accessibilité d'ici à 2015, plutôt que de concentrer de très gros moyens sur quelques opérations»*.

### TROIS PROPOSITIONS DE MODIFICATION DES OBJECTIFS PRÉVUS À L'HORIZON 2015

Pour permettre aux ERP de pouvoir, effectivement, répondre aux exigences définies par la loi, trois propositions ont été présentées :

- Reconnaître comme accessibles *«les établissements conformes aux règles d'accessibilité en vigueur avant la loi de 2005, au moins pour dix années supplémentaires»*;
- Définir avant le 31 décembre 2012 *«des objectifs d'accessibilité intermédiaires pour 2015, variables selon le type d'ERP, mais uniformes par type d'ERP»*;
- Imposer aux opérateurs publics et privés de *«déposer auprès des préfets, avant le 1er janvier 2014, un calendrier exhaustif de réalisation du reste à faire, avant et à partir de 2015, en tenant compte des modifications proposées par ce rapport»*.

Ces propositions, si elles devaient être appliquées, nécessiteraient une modification de la loi. D'où le souci des auteurs du rapport de voir s'organiser une *«concertation approfondie entre opérateurs concernés»* afin de pouvoir identifier secteur par secteur les nouveaux objectifs intermédiaires. ■

**Plus d'info sur**

***www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr*** rubrique *« Sécurisez votre exercice/ Relations patients »*, avec les textes en téléchargement (au format PDF) et les liens Légifrance.

## Les textes de loi en vigueur

Depuis 2005, plusieurs textes de loi ont balisé le terrain de l'accessibilité des établissements recevant du public aux handicapés. Voici les plus importants :

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Décret n° 2006-555 du 17 mai 2006 modifié relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le Code de la construction et de l'habitation.
- Décret n° 2007-1327 du 11 septembre 2007 relatif à la sécurité et à l'accessibilité des établissements recevant du public et des immeubles de grande hauteur, modifiant le Code de la construction et de l'habitation et portant diverses dispositions relatives au Code de l'urbanisme.
- Arrêté du 1er août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du Code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création.
- Arrêté du 21 mars 2007 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-8 et R. 111-19-11 du Code de la construction et de l'habitation, relatives à l'accessibilité pour les personnes handicapées des établissements existants recevant du public et des installations existantes ouvertes au public.
- Circulaire interministérielle n° 2007-53 DGUHC du 30 novembre 2007 relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation.

# Un guide pour accompagner les praticiens

**Les professionnels de santé doivent se préparer à l'application effective de la nouvelle réglementation sur l'accessibilité à partir du 1er janvier 2015. Un outil pratique et pédagogique fait le point sur les normes, les procédures administratives et les dérogations.**

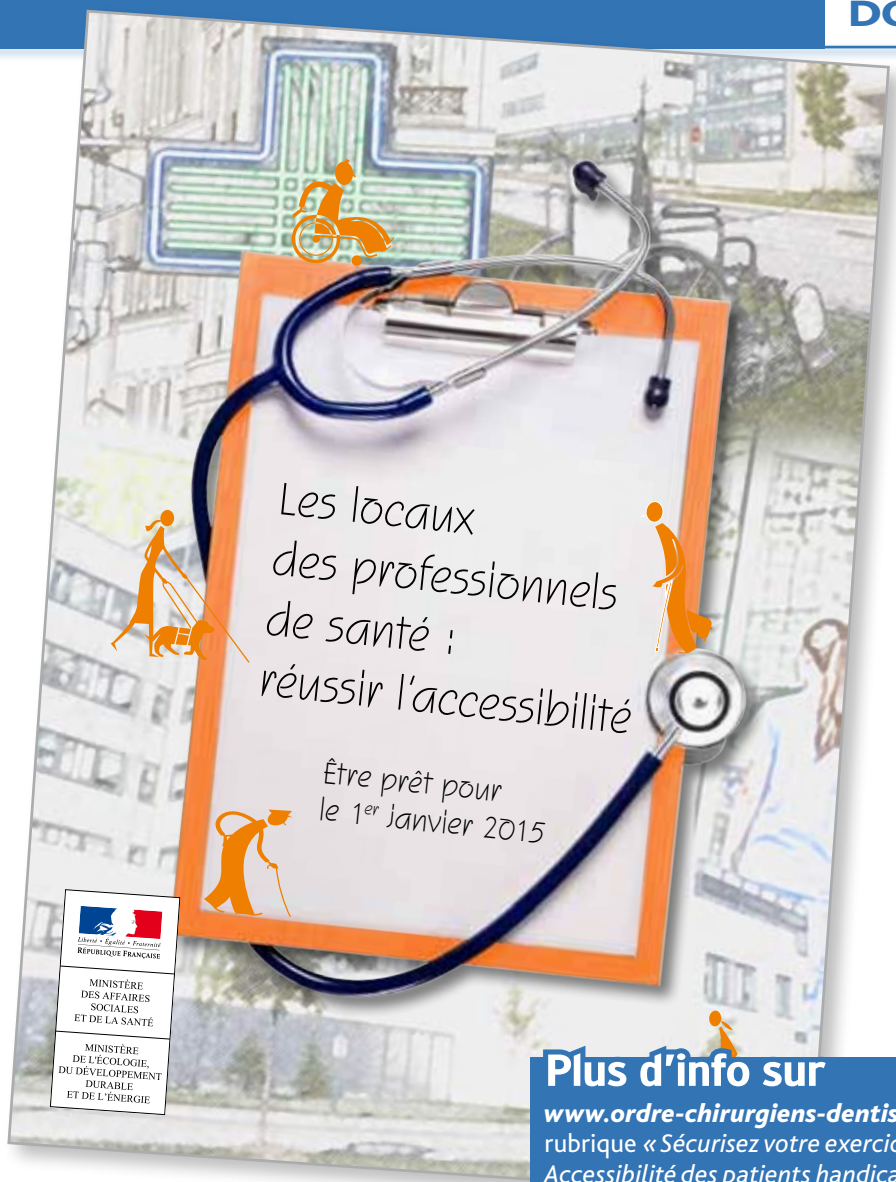
En prévision de l'application de la loi de 2005 pour l'accessibilité des personnes handicapées, le ministère du Développement durable et le ministère de la Santé ont récemment publié un guide intitulé *Les Locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité*. Comme le laisse entendre le sous-titre sur la couverture, *«Être prêt pour le 1er janvier 2015»*, il s'agit d'informer au mieux les praticiens afin d'éviter les mauvaises surprises lors de l'application de la nouvelle réglementation. Ce document de 48 pages a été élaboré avec le concours des organisations professionnelles et l'appui de la Direction générale de l'offre de soins. Il a été pensé comme un outil pratique et pédagogique à destination des praticiens, notamment libéraux.

Le guide s'articule en trois parties : les normes d'accessibilité tout au long du cheminement du patient, les procédures administratives et les risques encourus en cas de non-respect de la loi. Cette organisation permet à chacun de clarifier les implications techniques ou administratives de la réglementation, en fonction de ses besoins.

Pour bien saisir la portée de la loi, il est indispensable de lire avec attention l'avant-propos qui résume les obligations pour les locaux des professionnels de santé, notamment pour la catégorie qui concerne directement les cabinets dentaires : les établissements recevant du public de 5e catégorie. En effet, au 1er janvier 2015, ces ERP de 5e catégorie devront *«respecter les prescriptions techniques d'accessibilité applicables au neuf dans au moins une partie de l'établissement»*. Il précise que dans ce cas, *«toutes les prestations de l'établissement doivent pouvoir être délivrées dans cette partie accessible [qui] doit être la plus proche possible de l'entrée (ou de l'une des entrées) principale(s) de l'établissement et [...] doit être desservie par un cheminement usuel»*. L'avant-propos aborde aussi la question de la création d'un cabinet. Si elle se réalise dans un bâtiment neuf ou dans un local qui avait préalablement une autre fonction, les règles d'accessibilité doivent être immédiatement respectées. De plus, un encadré fait le point sur la différence entre les notions de *«changement de destination»* et de *«changement d'usage»*.

## DÉMARCHES ADMINISTRATIVES ET SANCTIONS PRÉVUES

Dans sa première partie, le guide suit le principe de *«la chaîne de déplacement»* des personnes handicapées, de l'arrivée à la prise en charge au cabinet dentaire. La loi du 11 février 2005 *«pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées»* découle de la volonté du législateur de permettre à tout un chacun de pouvoir participer à la vie sociale et de vivre dans la plus grande autonomie possible. Le guide rappelle donc




**Plus d'info sur**
***www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr***
rubrique *« Sécurisez votre exercice/ Accessibilité des patients handicapés ».*

que les aménagements doivent permettre l'accès et la circulation de toutes les personnes handicapées, quelles que soient leurs difficultés, ce qui inclut tous les types de handicap : auditif, cognitif, moteur, psychique et visuel.

La deuxième partie, consacrée aux procédures administratives, répertorie les démarches à accomplir afin de s'assurer du respect de la loi. Elle expose aussi les situations particulières qui permettent d'obtenir une dérogation et la procédure qui y conduit. Les cas d'un local implanté dans un centre commercial, d'un cabinet dans une copropriété et le rôle du praticien locataire sont étudiés plus précisément.

Dans la dernière partie consacrée aux risques encourus, il est rappelé que le législateur a prévu des sanctions en cas de non-application de la loi du 11 février 2005. Ainsi, la fermeture administrative peut-être ordonnée par l'autorité administrative (le maire de la commune où se trouve le local) qui a autorisé l'ouverture de l'établissement si celui-ci ne satisfait pas aux obligations d'accessibilité.

La Délégation ministérielle à l'accessibilité, chargée de rédiger ce guide, a pour mission de veiller au *« respect des règles d'accessibilité, coordonne[r] et assure [r] la cohérence des actions menées par le ministère dans ce domaine »*. Elle vise ainsi à *« créer les conditions du dialogue, par un travail d'écoute et d'échange avec tous les acteurs de l'accessibilité et notamment les associations de personnes handicapées, pour faire émerger les synthèses nécessaires au déploiement de la politique d'accessibilité »*. ■

# La victimologie s'émousse-t-elle ?

## En résumé

**Par un arrêt du 31 octobre 2012,** la Cour de cassation, suivant en cela une cour d'appel, considère qu'un chirurgien-dentiste n'est pas tenu d'indemniser un patient s'il n'a commis aucun manquement. Malgré un rapport d'expertise invitant à conclure à une faute, et bien que le patient ait indiscutablement subi des désagréments, les juges ne retiennent aucune faute du praticien. Cet arrêt montre que le droit français résiste à ce qu'il est convenu d'appeler *« la dérive à l'américaine »*.

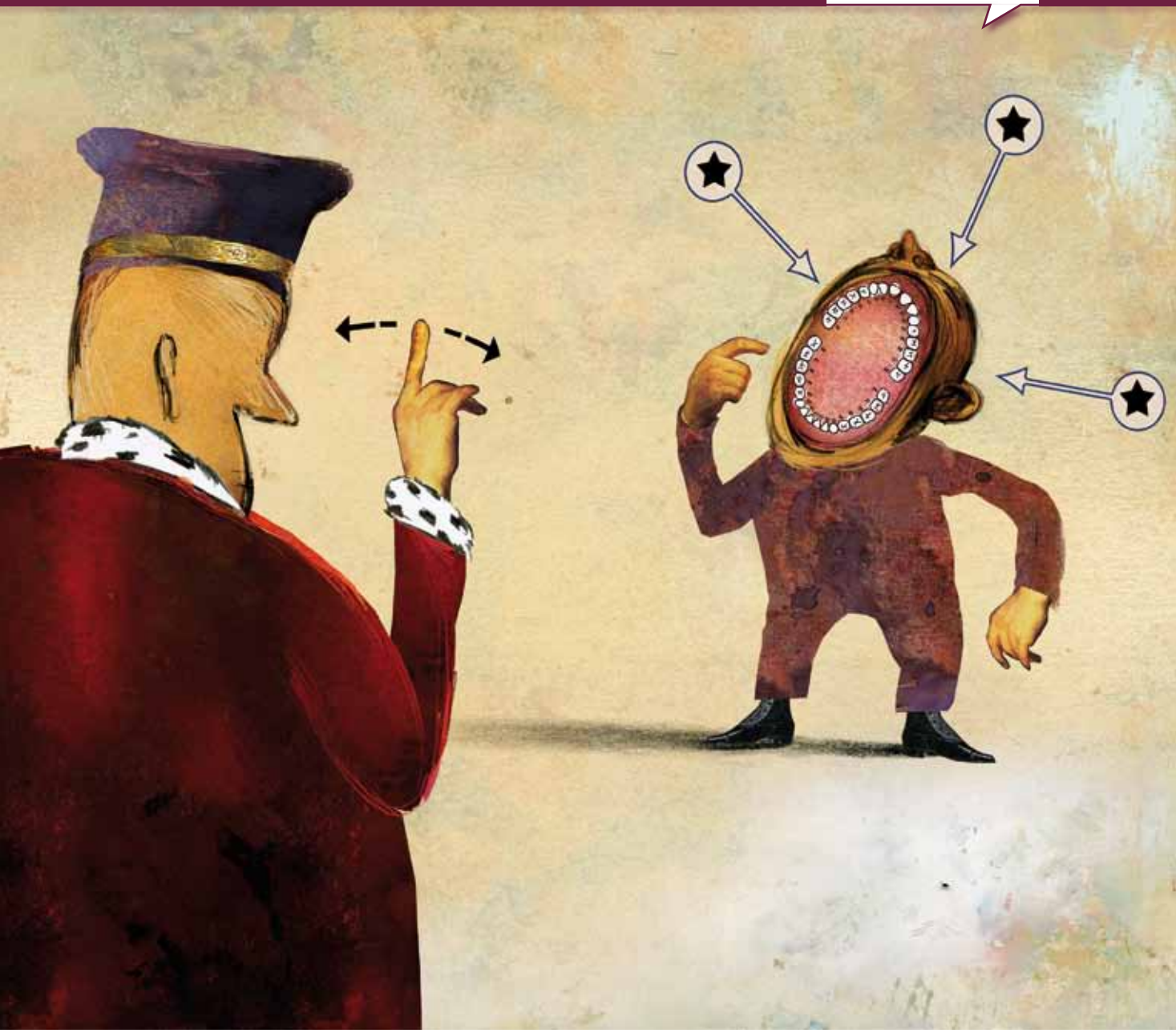
## Le contexte

Régulièrement, la présente chronique rappelle les (trop ?) nombreuses obligations ou devoirs qui pèsent sur le professionnel de santé, tant à l'égard de ses patients que des organismes de sécurité sociale pris au sens large. Le sentiment d'être accablé, poursuivi par le droit, germe certainement dans les esprits de certains, voire grandit chez d'autres. Ne boudons pas le moment venu de l'éclaircie !

Les juges, s'agissant d'un contentieux de responsabilité civile, mécanisme juridique utilisé par le patient pour solliciter des dommages-intérêts, considèrent qu'un chirurgien-dentiste n'a pas commis de manquement [1]. Ce dernier n'étant pas l'auteur d'une faute, le patient n'a donc pas été indemnisé. Et pourtant, les faits laissaient entrevoir une solution différente.

Dans les moyens annexés [2] à l'arrêt rendu par la Cour de cassation, l'on apprend que, fin novembre 1993, M. X s'est adressé au Dr Y, chirurgien-dentiste, pour qu'il soit remédié à un *« problème esthétique de ses dents de devant »*. Le patient a consenti au traitement suivant : *« dévitalisation de 12 dents, six sur la mâchoire supérieure et six autres sur la mâchoire inférieure, puis mise en place de 12 prothèses [couronnes céramiques, nous dit-on] »*.

Chacun l'aura pressenti le mécontentement du patient va progressivement croître. Celui-ci souffrira de *« saignements et de gonflement des gencives, d'un décollement des prothèses et de l'apparition de kystes »*. Il consultera quatre praticiens, dont le Dr Y, et seul le dernier, finalement, le soignera avec succès. Il est précisé que ce praticien a dû *« reprendre la totalité du travail réalisé par le Dr Y pour procéder à une obturation complète des canaux cause des infections et des kystes »*.



Le patient s'est alors tourné vers la justice. Comme souvent en pratique, il a saisi le juge des référés aux fins de désignation d'un expert. On peut lire dans son rapport, toujours selon les moyens annexés à l'arrêt de cassation :

*« M. X a demandé au Dr Y en novembre 1993 la réparation prothétique de l'ensemble de sa denture incisivo-canine supérieure et inférieure. On peut considérer que l'obligation de moyens et de résultats prothétiques à laquelle était soumis le Dr Y n'a pas été respectée, en particulier en ce qui concerne le suivi postopératoire puisque le patient a présenté des phénomènes infectieux chroniques dont la praticienne avait connaissance. La prise en charge thérapeutique normale aurait dû être la dépose des prothèses qui étaient mal tolérées, la reprise des traitements canalaires et la confection de nouvelles prothèses. »*

À en croire l'expert, le praticien apparaît bien responsable civilement. Fort de cet avis favorable, le patient a assigné le Dr Y ; il lui reproche non seulement la mauvaise qualité des soins prodigués, mais également une prothèse inadaptée. L'affaire semble bien mal engagée...

»»»

## L'analyse

Il est important de souligner que le patient ne critique pas le traitement initial (dévitalisation et mise en place de 12 prothèses), mais les conséquences de celui-ci, c'est-à-dire l'infection, les saignements, le suivi, etc. N'oublions pas non plus que l'intervention demandée est à visée esthétique.

La Cour d'appel [3] ne retient pas la responsabilité du Dr Y. Le comportement de ce dernier lui semble irréprochable. La cour d'appel relève : *« [Le praticien] n'avait pas ignoré les problèmes inflammatoires et infectieux après la pose des prothèses et avait prescrit à son patient un traitement antibiotique et anti-inflammatoire par ordonnance du 2 mai 1995, puis l'avait adressé, lorsqu'elle avait constaté que ses traitements étaient inefficaces, à M. Z, spécialiste stomatologiste. »*

Dit autrement, l'obligation de suivi post-traitement a été satisfaite. Les juges soulignent également : *« Le nombre d'intervenants spécialisés, dont la compétence n'est pas mise en cause, qui se sont succédé avant de parvenir à un résultat positif, démontrait à lui seul que la solution finalement adoptée, la dépose des prothèses avec reprise des traitements canalaires et confection de nouvelles prothèses, n'était pas évidente. »* Le devoir de compétence du professionnel de santé s'apprécie au moment de ses actes et non à la lumière de ce que l'on découvre après ; il est en effet facile, *a posteriori*, d'affirmer ce qu'il fallait faire ou ne pas faire ; l'évidence s'efface lorsque l'on place l'analyse *a priori*, à une date où l'on ignore encore ce qui peut (ou va) se passer. Le devoir de compétence n'est pas, selon la cour d'appel, *« absolu »*, mais *« relatif »*.

**Le devoir de compétence n'est pas absolu, mais relatif. Face à une situation compliquée, bien agir, c'est parfois guider le patient vers un autre professionnel de santé.**

Face à une situation compliquée, bien agir, c'est parfois guider le patient vers un autre professionnel de santé.

Le patient ne s'arrête pas là, il forme un pourvoi en cassation. La haute juridiction le rejette ; en conséquence, le Dr Y n'engage pas sa responsabilité civile et ne sera pas tenu d'indemniser le patient. La Cour écrit que, *« appréciant souverainement les constatations de l'expert, elle [la cour d'appel] a estimé que le défaut de prise en charge thérapeutique mis en exergue par celui-ci n'était pas constitué [les juges ne suivent pas sur ce point l'expert] ; qu'elle [la cour d'appel] a pu en déduire qu'aucune faute n'avait été commise par Mme Y dans les soins prodigués, et que celle-ci n'engageait pas sa responsabilité envers M. X, ses constatations excluant en outre que le dommage fût dû à un défaut de conception ou de fabrication des prothèses ou à une maladresse de Mme Y ».*

En bref, pas de maladresse, pas de défaut des prothèses, pas de méconnaissance de l'obligation de suivi des soins ; telle est, en l'espèce, la *« vérité judiciaire »*, celle qui ressort de la décision des juges. La conclusion s'impose : absence de faute, donc responsabilité non engagée.

Cet arrêt marque-t-il un virage selon lequel l'indemnisation perdrait du terrain ? *« L'idéologie de la réparation »*, pour reprendre l'expression du Pr L. Cadiet, la *« victimologie »* s'émousseraient-elles ? Une certitude pour le moins : l'existence de désagréments – indiscutables il est vrai – subis par le patient ne suffit pas à rendre un praticien responsable : encore est-il impératif qu'une faute soit prouvée. ■

**David Jacotot**

(1) Décision n° 11-21633, Cass. civ. 1re, 31 octobre 2012, non publiée au *Bulletin*.

(2) Nous reprendrons les faits qui y sont relatés, ce qui explique l'emploi des guillemets.

(3) Nous ignorons le contenu du jugement rendu en première instance par le tribunal de grande instance.

# Droits des héritiers : associés de SCP, relisez vos statuts !

## En résumé

**La Cour de cassation vient de rendre un arrêt** important ayant trait aux droits des héritiers (par exemple les enfants, le conjoint survivant) d'un associé décédé d'une société civile professionnelle. Elle décide que les héritiers de parts sociales de SCP ont vocation à la répartition des bénéfices jusqu'à la cession ou au rachat des parts de leur auteur (l'associé défunt) ! Néanmoins, même si la haute juridiction ne le dit pas, cette règle ne constitue le droit applicable qu'à défaut de clause statutaire contraire, posant une règle différente. Attention donc à ce que les statuts stipulent ou ne stipulent pas.

## Le contexte

Voilà un arrêt que les associés d'une société civile professionnelle (SCP) ne pourront pas négliger. Selon la Cour de cassation [1], les héritiers d'un associé décédé d'une SCP ont vocation à la répartition des bénéfices jusqu'à la cession ou au rachat des parts de leur auteur (c'est-à-dire de l'associé décédé).

Même si cet arrêt a été rendu à propos d'une SCP d'architectes, il intéresse les héritiers de toute SCP, quelle que soit l'activité qui y est exercée [2]. Une portée aussi large découle tout d'abord du fondement juridique utilisé – l'article 24 de la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966, lequel est applicable aux SCP en général – et ensuite de la vaste diffusion que la Cour de cassation a entendu donner à son arrêt, le marquant du sceau des arrêts *« très importants »* : P+B+I. Les praticiens exerçant dans le cadre d'une SCP sont invités à relire leurs statuts, notamment l'article consacré à la *« cession après décès »*.

Présentons succinctement la situation. Les héritiers de l'un des deux associés d'une SCP d'architectes prétendent percevoir de la société la quote-part de bénéfices attachée aux parts sociales de leur père (associé décédé), et ce jusqu'à ce que la cession desdites parts soit intervenue. L'associé « restant », quant à lui, argue de l'absence de droit des héritiers aux bénéfices. Pourquoi ? Les statuts étant silencieux sur ce point, il déduit de leur mutisme l'absence de droit. Mais il envisage l'hypothèse selon laquelle le juge accorderait néanmoins un tel droit aux héritiers, et soutient alors (à titre subsidiaire, dit-on en droit) qu'en ce cas cette vocation aux bénéfices doit être limitée dans le temps [3].

>>>

## L'analyse

Partons de l'article 24 de la loi de 1966 relative aux SCP. Il dispose, premièrement, que les héritiers de l'associé n'acquièrent pas la qualité d'associés et qu'ils ne peuvent exercer aucun droit dans la société pendant le délai qui leur est accordé pour céder les parts sociales de l'associé décédé. Il précise, deuxièmement, *«qu'à moins qu'ils n'en soient déchus ils [les héritiers] conservent vocation à la répartition des bénéfices, dans les conditions prévues par les statuts»*.

Ce texte nous apparaît clair. Il contient deux prescriptions. D'une part, un principe, celui de la vocation aux bénéfices des héritiers de l'associé décédé. D'aucuns s'en offusqueront certainement, considérant que les bénéfices résultent du travail fourni par les associés ; ils comprendront sans peine que les héritiers de l'associé décédé reçoivent – à la place du défunt – la quote-part de ce dernier correspondant à la période pendant laquelle l'associé (encore vivant) a exercé dans la SCP ; ils admettront plus difficilement, en revanche, que les héritiers aient des droits sur des bénéfices réalisés alors que l'associé ne pouvait plus pratiquer parce que mort!

La règle est pourtant bien celle-ci [4]. Mais, d'autre part, ce texte renferme une exception qu'exprime la formule légale *«à moins qu'ils n'en soient déchus»*. Une clause dans les statuts peut priver les héritiers des bénéfices résultant de l'activité postérieure au décès de l'associé ou ne leur octroyer qu'une portion réduite, inférieure à celle versée aux associés «vivants». Dit autrement, pour déroger au principe, il convient de stipuler une déchéance statutaire totale ou partielle. Pour les praticiens ayant repris le modèle de statuts de la SCP proposé par l'Ordre, il leur faudra se reporter à l'article 14 et bien relire ce qu'ils ont écrit dans la partie laissée en «blanc» dans le modèle. Dans le litige tranché par la Cour de cassation, aucune déchéance n'avait été prévue dans les statuts, d'où le droit reconnu aux héritiers.

Outre le droit en lui-même aux bénéfices, la haute juridiction était interrogée sur la durée du droit des héritiers aux bénéfices. La question est plus complexe. Sans entrer dans le détail de l'argumentation, l'on se contentera de dire que la loi n'y répond pas expressément. Comme l'écrit justement un auteur, *« la vocation aux bénéfices des héritiers est-elle assise sur le délai légal de cession des parts sociales [18 mois pour les architectes et 12 mois en principe pour les chirurgiens-dentistes] ou perdure-t-elle tant que ladite cession n'a pas eu lieu ? »* (5). La Cour de cassation tranche en faveur de la seconde branche de l'alternative : *« En cas de décès d'un associé, membre d'une SCP d'architectes, ses héritiers ou légataires conservent vocation à la répartition des bénéfices jusqu'à la cession ou au rachat des parts de leur auteur. »* Elle censure, ce faisant, la décision de la cour d'appel qui avait, elle, retenu la première branche de l'alternative, c'est-à-dire une limitation du droit à 18 mois.

Une nouvelle fois, les professionnels de santé concernés devront relire les statuts de la SCP sur ce point. S'ils sont muets, alors c'est l'arrêt de la Cour de cassation qui tiendra lieu de « loi » applicable. En conclusion, relisez attentivement vos statuts. ■

**David Jacotot**

(1) Décision n° 11-18453, Cass. civ. 1re, 12 juillet 2012, *Defrénois*, 15 novembre 2012, n° 21, p. 1074, note A. Rabreau ; B. Brignon, E. d'Esparron, *« La vocation aux bénéfices des héritiers d'un associé de SCP à l'épreuve du temps »*, *Recueil Dalloz*, 29 novembre 2012, p. 2786.

(2) En ce sens, A. Rabreau, préc. ; B. Brignon, E. d'Esparron, préc.

(3) En l'occurrence 18 mois, délai imparti légalement pour procéder à la cession des parts de l'associé décédé d'une SCP d'architectes. En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, ce délai est en principe d'un an (article R. 4113-56 du Code de la santé publique). Précisons que ce délai *« peut être renouvelé par le président du conseil départemental à la demande des ayants droit de l'associé décédé et avec le consentement de la société. »*

(4) Ce que confirme la Cour de cassation dans l'arrêt ici commenté. Suggérant une autre analyse, B. Brignon, E. d'Esparron, préc.

(5) A. Rabreau, préc.

# Pénalités financières : quand vient la phase de paiement

## En résumé

**Après avoir présenté** dans un précédent numéro de *La Lettre* la procédure préalable au prononcé d'une pénalité financière par le directeur d'une caisse à un praticien, il s'agit ici d'exposer la *« procédure de paiement »* de ladite pénalité. Le chemin est encore une fois long et encadré juridiquement : de la notification, en passant par la mise en demeure, de payer à, finalement, la contrainte, sans oublier la possible contestation judiciaire ouverte aux praticiens.

## Le contexte

Dans le précédent numéro de *La Lettre,* une chronique a été consacrée au décret du 7 septembre 2012, lequel a pour objet *«les procédures relatives à la répétition et aux pénalités financières prononcées par les organismes de la sécurité sociale»* [1]. Cette chronique, rappelons-le, traitait de la procédure (que l'on a découpée en quatre phases) préalable à la notification d'une pénalité financière par le directeur d'une caisse à un professionnel de santé, catégorie à laquelle appartient le chirurgien-dentiste. La présente chronique prolonge le propos qui porte, désormais, sur la *«procédure de paiement»* de la pénalité financière, c'est-à-dire sur la présentation des phases intervenant après la décision du directeur de la CPAM de sanctionner le praticien.

## L'analyse

C'est à l'article 5 du décret du 7 septembre 2012, codifié à l'article R. 147-2 du Code de la sécurité sociale, que figurent les règles applicables.

### PHASE 1

Le directeur de la caisse adresse au praticien une notification de payer. L'article 5 précise le contenu (au demeurant sans surprise) de cette notification que l'on divisera en trois catégories d'informations.

Premièrement, la notification doit indiquer *«la cause, la nature, le montant des sommes réclamées au titre de la pénalité ou de chacune des pénalités prononcées»*. Ce formalisme informatif est important en ce qu'il permet au praticien de savoir qu'une pénalité lui est infligée au regard de reproches énoncés (référence à *«la cause, la nature»*) et d'en connaître – ce qui n'étonnera personne – le montant dû (référence au *«montant des sommes réclamées»*).

Deuxièmement, la notification de payer doit mentionner *«l'existence d'un délai de deux mois, à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées, ainsi que les voies et les délais de recours»*. Cette mention impérative a encore une vertu informative en ce que le praticien qui entendrait contester saura quelle juridiction saisir [2] et sous quel délai [3]. Assez logiquement, parce que le praticien a deux mois pour contester judiciairement, il n'est pas tenu de payer immédiatement à réception de la notification.

Troisièmement, la notification énonce *«le cas échéant les modalités de recouvrement de la*

*pénalité par retenues sur les prestations ultérieures à verser à l'intéressé*». Autrement dit, ce texte offre à la caisse la faculté de procéder par compensation (somme due par la caisse au praticien à laquelle elle soustrait ce que le praticien lui doit au titre de la pénalité), sans qu'il y ait de limites à la compensation. Ce qui invite à croire que la caisse «soustrait» comme elle l'entend! Toutefois, si la caisse opte pour la compensation, mécanisme pratique pour elle nous semble-t-il, elle doit prévenir en amont au stade de la notification de payer le praticien; il n'est donc pas mis devant le fait accompli.

L'article 5 renferme une lacune : quelles sont les conséquences en cas de notification incomplète? La sanction du non-respect de cette disposition par la caisse n'est pas envisagée! S'agissant de la première catégorie d'informations, l'irrégularité devrait, selon nous, avoir pour effet que la pénalité ne serait pas due. La jurisprudence a très rarement statué en ce sens. Dans les faits, le plus souvent, le formalisme informatif n'a pas été totalement méconnu par le directeur de la caisse, et on relève simplement des imprécisions relatives à «*la cause et la nature*» des reproches; dans ce cas, la Cour de cassation conclut fréquemment à la validité de la notification de payer [4]. En ce qui concerne la troisième, la compensation devrait être impossible.

L'on soulignera l'importance de la réception de la notification de payer : c'est le point de départ du délai de deux mois. La preuve de la date de réception est donc un point juridiquement sensible. L'article 5 dispose que le directeur notifie la pénalité «*par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception*»; belle formule peu pragmatique [5]...

## PHASE 2

Une fois le délai de deux mois écoulé, et en l'absence de saisine du juge, le directeur de la caisse va envoyer une «*mise en demeure*», dont la réception est prouvée «*par tout moyen permettant [d'en] déterminer la date*» Encore cette belle formule... Le contenu de cette mise en demeure est déterminé par le décret de 2012. Elle «*comporte les précisions relatives aux sommes réclamées mentionnées à l'alinéa précédent, les voies et délais de recours [c'est le tribunal des affaires de sécurité sociale qui est compétent] ainsi que l'existence d'un nouveau délai d'un mois, à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées*». Elle mentionne également «*le montant de la majoration de 10 % [...] appliquée en l'absence de paiement dans ce délai*». En d'autres termes, la majoration sera applicable à l'issue seulement du délai d'un mois mentionné dans la mise en demeure et non à la date de l'envoi de cette dernière.

Enfin, en cas de non-paiement, une contrainte sera certainement délivrée par acte d'huissier [6]; celle-ci possède les effets d'un jugement, et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire (c'est-à-dire un droit sur un bien immobilier accordé à la caisse).

Pour conclure, l'article R. 147-2 du Code de la sécurité sociale dans sa formulation antérieure au décret de 2012 édictait un délai de cinq ans; une fois passé ce délai, la caisse ne pouvait donc plus récupérer de pénalité financière. Ce délai a disparu dans le nouveau texte! Il n'y a pas non plus de renvoi à un autre texte qui édicterait un autre délai. Silence total. Faut-il en déduire une imprescriptibilité? Le réflexe juridique est de se référer au droit commun, qui prévoit un délai de... cinq ans; l'on doute alors de cette dernière analyse. Si la suppression vaut imprescriptibilité, il n'est pas impossible que d'aucuns y voient une contrariété à la Constitution et posent le moment venu une question prioritaire de constitutionnalité... ■

**David Jacotot**

(1) Décret n° 2012-1032. NOR : AFSS1208551D.

(2) Le tribunal des affaires de sécurité sociale (article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

(3) Deux mois à compter de la réception de la notification.

(4) Cass. civ. 2e., 18 novembre 2010, n° 09-16806; Cass. civ. 2e., 16 décembre 2011, nos 10-27051 à 10-27055 et nos 10-27058 à 10-27064.

(5) Voir l'article R. 147-2.IV visant des «*agents assermentés*» qui se déplacent.

(6) Le praticien qui souhaite former «*opposition à contrainte*», dit-on en droit, devra saisir le tribunal des affaires de sécurité sociale.

# Outlook

**Jean-Louis Giovannoli**

**1972** Diplôme de chirurgien-dentiste
**1981** *Master in Education*, université de Floride
**1986** Président de la Société française de parodontologie
**1992** Président fondateur de la Fédération européenne de parodontologie
**2012** Président du Congrès de l'ADF

Le président du Congrès 2012 de l'ADF, Jean-Louis Giovannoli, n'a pas été invité à occuper cette fonction par hasard. Son cursus universitaire en France et aux États-Unis, sa carrière française et internationale – notamment en parodontologie – parlent pour lui. «*Quand nous avons le privilège d'être passionnés par notre travail, parfois avec des centres d'intérêt différents, c'est là une grande richesse. Quand nous nous retrouvons pour partager nos idées et débattre de l'avenir de notre profession, c'est toujours un plaisir*» explique-t-il quand on lui demande ce qu'il a retenu de son expérience à la présidence du congrès.

Jean-Louis Giovannoli entame son parcours rue de La Tour d'Auvergne à feu l'École dentaire de Paris. Il reste fier d'appartenir à la dernière promotion de cet établissement prestigieux. Les réformes issues des événements de 1968 le conduisent à devenir, en tant que représentant des étudiants, «vice-président» de l'UER d'odontologie. Une étrangeté de l'époque qu'il évoque aujourd'hui avec le sourire, en se demandant si ce n'est pas cette expérience qui lui a donné «*le goût pour la vie associative*».

Une fois diplômé, il a le privilège de poursuivre ses études aux États-Unis à l'Université de Washington à Seattle, en parodontologie. Après un service militaire «*de choc*» effectué chez les paras de Bayonne et quelques années d'exercice libéral à Paris, il retourne outre-Atlantique. Cette fois-ci, il se retrouve à Gainesville, à l'Université de Floride, où il occupe un poste d'assistant-professeur et en profite pour obtenir un master en éducation.

«*Aux États-Unis, il y a plus de 30 ans, j'ai enseigné la parodontologie dans un service d'orthodontie*» se souvient-il. Grâce à cette expérience singulière mêlant deux disciplines bien distinctes mais complémentaires, Jean-Louis Giovannoli a pu développer des techniques spécifiques de traitement des malocclusions secondaires chez les patients atteints de parodontite. À partir de 1982, il s'établit définitivement en libéral à Paris et consacre exclusivement son exercice à la parodontologie.

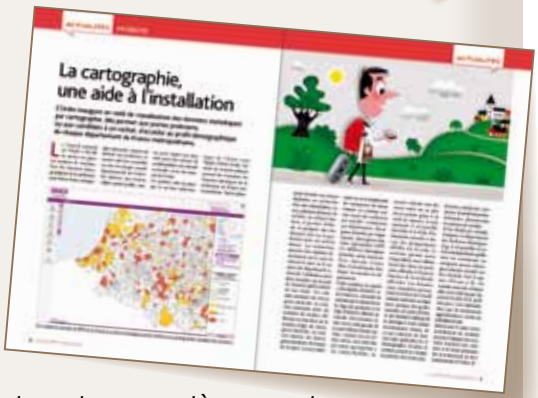
Son investissement dans cette discipline et ses compétences l'ont conduit à devenir président de la Société française de parodontologie. Parmi ses faits d'arme, il se flatte d'avoir organisé en 1986 le premier cours en France du Pr Branemark sur l'ostéointégration. Cet engagement se poursuivra ensuite avec la création de la Fédération européenne de parodontologie, dont il deviendra le premier président en 1992. Il lance alors le congrès triennal Euro-Perio, devenu premier congrès scientifique dentaire au monde.

**« Les progrès de la science offrent de belles perspectives à condition que l'on puisse en faire profiter les patients. »**

Quand il ne consulte pas dans son cabinet, Jean-Louis Giovannoli participe aux activités de la maison d'édition scientifique Quintessence International, dont il est le cofondateur avec le Pr Knellesen. En 2012, il a publié l'ouvrage intitulé *Péri-implantites*, en collaboration avec l'éminent confrère suédois Stefan Renvert. Par ailleurs, il est rédacteur en chef de *Titane*, une revue d'actualité scientifique et technique qui traite essentiellement d'implantologie.

Interrogé sur les évolutions de la profession, il hésite entre nostalgie et foi en l'avenir. S'il s'inquiète de voir un jour «*la pratique libérale quasiment disparaître*», il affirme en revanche, sans sourciller, croire «*aux progrès de la science*», à condition que l'on puisse «*en faire profiter les patients en résolvant les problèmes que posent le coût exponentiel des soins*». Jean-Louis Giovannoli aime son travail, mais il a régulièrement besoin de changer d'air. L'homme, Corse d'origine, a choisi une autre terre que celle de l'Île de Beauté pour se ressourcer : les Landes. Là-bas, il se gorge de nature, respire l'air marin, sillonne la pinède et prend un réel plaisir à s'occuper de ses animaux. Cette vie partagée entre la frénésie parisienne et le calme landais représente pour lui «*un équilibre indispensable*». ■

# Ce qu'il faut retenir pour votre exercice


La cartographie, une aide à l'installation

## ✔ CARTOGRAPHIE INTERACTIVE

L'Ordre a mis en place un outil de visualisation des données statistiques par cartographie destiné, notamment, aux jeunes praticiens qui souhaitent s'installer et à ceux qui envisagent le rachat d'un cabinet. Accessible sur demande *via* les conseils départementaux, ce système permet d'accéder au profil démographique de chaque département de France métropolitaine. Une version grand public, ne contenant que les informations basiques, est disponible en ligne, sur le site de l'Ordre.

## ✔ EXERCICE DES PRATICIENS RETRAITÉS

Tout praticien peut continuer à exercer son métier, une fois ses droits à la retraite versés, dans les limites de la loi sur le fonctionnement des régimes de retraite de base et complémentaire des professions libérales. Qu'il choisisse un exercice bénévole ou le maintien d'une activité libérale ou salariée, le confrère retraité doit être inscrit au tableau de l'Ordre. Trois possibilités d'inscription sont alors prévues : en tant que praticien retraité, sans exercice ou avec maintien de l'inscription. Sans aucune activité, le praticien a le choix entre la radiation et l'inscription sur la liste d'honorariat.

Exercice des retraités : mode d'emploi

## ✔ COTATIONS DES RADIOGRAPHIES

Nouvelle cotation en radiodiagnostic

Une décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), parue au *Journal officiel* le 22 novembre dernier, modifie la cotation des actes de radiodiagnostic péri-apicaux et rétrocoronaires. Ainsi, la distinction entre radiographie argentique et radiographie numérique disparaît (disparition du Z4 et du Z1). Deux types de radios pour les intrabuccales rétro-alvéolaires et/ou rétrocoronaires ont été créés : la première dite *« radiographie de diagnostic »* est cotée Z6, et les suivantes dites *« complémentaires »* sont cotées Z3, en appliquant la règle des trois dents contiguës dans tous les cas.

## ✔ ACCESSIBILITÉ DES LOCAUX

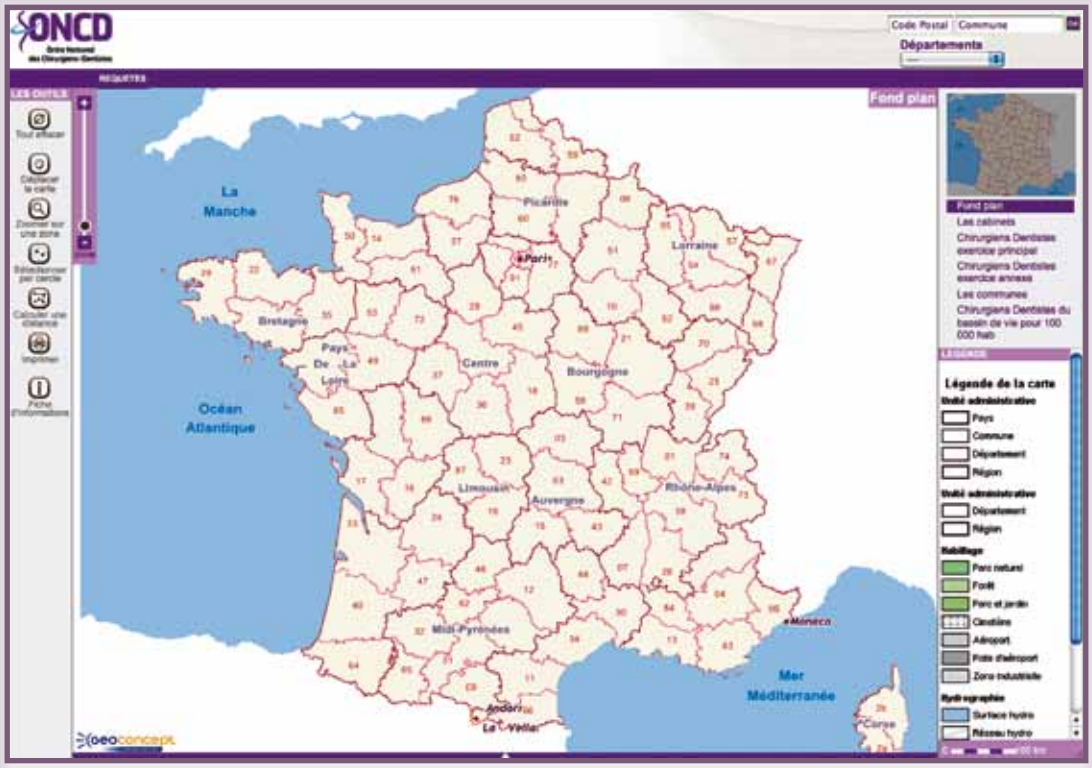
La réglementation sur l'accessibilité des établissements recevant du public doit s'appliquer dans moins de deux ans, dès le 1er janvier 2015. Le ministère du Développement durable et le ministère de la Santé ont récemment publié un guide intitulé *Les Locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité.*

Préparer au mieux l'accessibilité des locaux

*La Lettre* n° 114 – Janvier 2013

**Directeur de la publication : Christian Couzinou /** Ordre national des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16
**Tél. :** 01 44 34 78 80 – **Fax :** 01 47 04 36 55 / *www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr* / **Conception et réalisation :** Texto Éditions – Tél. : 01 58 30 70 15
**Rédaction :** Christophe Brunet, Sébastien Jaime. **Direction artistique :** Ewa Roux-Biejat. **Secrétariat de rédaction :** Corinne Albert.
**Illustrations :** Dume et Bruno Mallart. Couv. Fotolia. **Photos :** p. 3 Sébastien Nardot; pp. 13, 17, 18, 21, 42 D.R.; p. 19 S. Jaime; pp. 16, 20, 24, 27 Fotolia.
**Imprimerie :** SIEP / Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs / Dépôt légal à parution ISSN n° 12876844.

# Une cartographie interactive pour s'installer




L'Ordre met à la disposition des praticiens, *via* leur conseil départemental, un outil d'aide à l'installation ou au rachat d'un cabinet dentaire.

ONCD ***www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr***